Rok XLII. Kraków 19 Września 1903. Nr. 38.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Kilka słów w sprawie techniki całkowitego wyjęcia macicy.

Napisał

Prof. Dr. Aleksander Rosner.

Jeśli sprawa techniki całkowitego wycinania macicy stoi dziś znowu na porządku dziennym, to niewątpliwie przyczyną tego jest ruch, rozpoczęty przez Wertheima, a mający na celu zasadniczą zmianę w sposobie operowania raka macicy. Ten zwrot przeciwko typowej *exstirpatio uteri per vaginam* powstać musiał, bo nie ulega wątpliwości, że wyniki późne tego zabiegu w przypadkach raka były zgoła niezadowalniające, mimo, że sama operacya dzięki licznym technicznym poprawkom stała się i łatwą i bardzo mało niebezpieczną. Czy zwrot, którego dziś jesteśmy świadkami, poprawi smutną statystykę nawrotów raka, czy, gdyby nawet tak było, tego „plus“ nie zrównoważy „minus“ w postaci wielkiej śmiertelności bezpośrednio po operacyi trudnej i niewątpliwie ciężkiej, tego dziś wiedzieć nie możemy i nie prędko zapewne się dowiemy. Dopóki więc nic nie zmusza nas do porzucenia dawnego sposobu operowania przez pochwę, witamy z radością, każdą, choćby drobną, ale prawdziwą poprawkę w technice tego zabiegu. Jest to naturalnem, gdyż, przyjąwszy nawet zupełne zwycięztwo idei Wertheima, będziemy mieli cały szereg wskazań, w których pozostaniemy wierni starej metodzie wycinania macicy przez pochwę. Mam tu na myśli włókniaki macicy, przewlekłe okołomaciczne sprawy ropne zapalne, krwawienia, niedające się inaczej usunąć i t. d.; jednem słowem wszystkie inne wskazania, dziś uznane, oprócz raka, a może i mięsaka macicy. Wszak metoda Wertheima, która nam każe usuwać gruczoły zajęte, lub może zajęte rakiem, odnosić się musi, rzecz jasna, tylko do tego jedynego wskazania.

Ostatnie lata przyniosły nam dwie nowe propozycye, mające na celu ułatwienie techniki operacyjnej, t. j. metodę Döderleina i Króniga. O pierwszej pisał obszerniej na podstawie własnego doświadczenia prof. Mars w roku ubiegłym, druga, o ile wnosić mogłem z zawodowego piśmiennictwa, nie znalazła licznych naśladowców. Metoda Döderleina znajduje zastosowanie w wycinaniu macicy przez pochwę, metoda Króniga w wycinaniu macicy przez laparotomię tak, że pierwsza jest modyfikacyą klasycznej *exstirp. uteri per vaginam*, druga odmianą sposobu Doyena. Obie mają jedną wspólną cechę, t. j. polegają na przecinaniu macicy podczas operacyi dla ułatwienia innych aktów operacyjnych. Nie próbowałem ani jednej ani drugiej metody i dlatego daleki jestem od zalecania ich, lub potępiania, a jeśli mimo to postanowiłem podzielić się z kolegami kilku uwagami, to uczyniłem to właśnie ze względu na tę cechę, obu metodom wspólną, t. j. ze względu na owe zasadniczo tu i tam zalecane przecinanie macicy podczas operacyi.

Nie jest ono nowem, przynajmniej w metodzie Döderleina. Fakt, że macicę wzdłuż jednej ściany, lub też całkowicie na prawą i lewą połowę przeciąć można, dalej fakt, że takie przecięcie uruchomia znacznie macicę i ułatwia zaopatrzenie jej szerokich więzów, znamy od dawna. Nowem jest, prócz tego, że przecina się naprzód tylną ścianę, przedewszystkiem to, że nasze dawne pojęcie „można“ zastąpiono tu pojęciem „trzeba“ i że sposób, który uważaliśmy za pomocniczy w przypadkach szczególnie trudnych n. p. przy wycinaniu macicy znacznie powiększonej, lub mało ruchomej, zostaje nam teraz proponowanym zasadniczo. Na tę zmianę, zdaniem mojem, możnaby się natychmiast zgodzić, gdyby ponad wszelką wątpliwość wykazano, że takie przecinanie macicy podczas laparotomii, lub nawet operacyi przez pochwę, jest nieszkodliwem i że nie mieści w sobie żadnych niebezpieczeństw. Mam tu na myśli naturalnie nie tylko możliwość pogorszenia statystyki *mortalitatis*, ale także i *morbiditatis*. Otóż dowodu tego nie dostarczono. Przeciwnie, prawie cały dotychczasowy rozwój metod operacyjnych był skierowany przeciw tym niebezpieczeństwom, które przecinanie macicy podczas zabiegu sprowadzić może. Niebezpieczeństwa te są dwojakiego rodzaju: 1) możność przeszczepienia nowotworu, 2) możność zakażenia jamy otrzewnowej.

Nie zamierzam w tych krótkich uwagach przechodzić historycznie całego rozwoju techniki tych operacyi, przypomnę tylko kilka zasadniczych punktów:

1) W przebiegu nadpochwowego odcięcia macicy (*amputatio uteri supravaginalis*) zwracano zawsze szczególową uwagę na przewód szyi macicznej, którego błonę śluzową przyżegano lub wycinano. Powstały metody (Chrobak), które obawie zakażenia jamy otrzewnowej z przewodu szyi dawały wyraz. (Nie wspominam z umysłu o dawnych sposobach przytwierdzania kikuta przed powłokami brzusznemi).

2) Znakomite uwagi Wintera o nawrotach raka przez przeszczepienie podczas operacyi wywołały cały szereg prac i nie znalazły poważniejszej opozycyi. Im zawdzięczają powstanie metody operacyjne (Jordan, Mackenrodt), które wzięły za punkt wyjścia naukowo uzasadnioną możliwość takiego przeszczepienia podczas operacyi.

3) Zgadzano się powszechnie na uwagi Schauty, dotyczące operacyi zapalnie zmienionych przydatków macicznych i uważano pozostawienie macicy w tych przypadkach za niebezpieczne ze względu na prawdopodobieństwo powstania wypociny okołomacicznej. Macica w tych przypadkach była poprostu, podobnie jak jej przydatki, siedzibą zaka-

żenia i zaczęto ją razem z niemi usuwać, lub też wstrzymywać się od operacyi. Byliśmy świadkami niezmiernego przewrotu w pojęciach o sposobie leczenia zmian zapalnych w przydatkach.

Tym wszystkim faktom i tym zdobyczom przeczą zdaniem mojem metody, które właśnie jako zasadę przyjmują przecinanie macicy podczas operacyi, przeczą, albowiem w przypadkach raka ułatwiają z wszelkim prawdopodobieństwem jego przeszczepienie podczas zabiegu, a w przypadkach zmian zapalnych ułatwiają zakażenie z jamy macicy, podobnie jak przydatki chorej.

Na podobnem poniekąd stanowisku staje kol. Mars, który, zalecając metodę Döderleina i podnosząc jej zalety, zwraca jednak uwagę na to, „że w przypadkach raka w ogólności nie chroni pola operacyjnego od zanieczyszczenia wydzielinami z jamy macicy“, przyczem ma niewątpliwie na myśli nie tylko możność zaszczepienia komórek nowotworowych, ale nadto i wylania się ropy, która w niektórych przypadkach wypełnia jamę macicy ponad zwyrodniałą nowotworowo szyją.

Z uwag powyższych wynikałoby, że przecinania macicy obawiałbym się tylko w przypadkach raka i ropnego zakażenia jamy macicznej; we wszystkich zaś innych przypadkach zalecałbym stosowanie tego sposobu bez obawy. (D. n).

II. Z kliniki chirurgicznej Radcy Dworu Prof. Dra. L. Rydygiera we Lwowie.

O ranach postrzałowych z szczególnem uwzględnieniem ran postrzałowych śrutem.

Według wykładu na XIII. Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie.

Podał

Dr. Ignacy Zieliński,

c. i k. lekarz pułkowy, przydzielony do kliniki

(Dokończenie).

Przypatrzmyż się teraz, o ile w lepszych lub gorszych warunkach dla zakażenia znajdują się rany postrzałowe zadane śrutem. Jeżeli do ran zadanych kulą, prócz samej kuli, a czasem także strzępów ubrania, nic innego się nie dostaje, to inaczej nieco przedstawiają się rany pochodzące od śrutu. Na ich zewnętrzne wejrzenie wpływa przedewszystkiem odległość, z jakiej zostały zadane.

Jeżeli strzał padł z bezpośredniej odległości (której granice nie dadzą się liczebnie oznaczyć, gdyż zależy ona od gatunku broni, ilości użytego prochu do naboju, grubości śrutu i t. d.), to w takim razie, jak wiadomo, wszystkie kulki śrutu, nie mając jeszcze czasu rozsypać się, uderzają w jedno miejsce, pędząc przed sobą przybitkę naboju, lub też, jeżeli nabój tkwił wprost w lufie, a nie w patronie, materyał użyty do przybicia go. Mamy więc wtenczas jedną tylko ranę, zazwyczaj okrągłą, o brzegach ostro ciętych, osmalonych, a w jej otoczeniu znajdujemy bardzo często w skórze ziarna prochu. Głębokość rany zależy od miejsca, gdzie zadaną została; zawartość zaś jej stanowią prócz śrutu zwykle jeszcze kawałki ubrania, przez które nabój przechodził i prawie zawsze przybitka.

Kiedy strzał padnie z większej odległości, śrut rozsypuje się coraz więcej, a do celu trafia już każda kulka z osobna, przybitka zaś, jako zrobiona z materyału gatunkowo lżejszego (n. p. papieru, filcu, kłaków), traci znacznie prędzej swą chyżość początkową i nie dobiegając do celu, gubi się po drodze, lub też dobiegłszy do niego, nie ma siły przebić go, więc odbija się i spada na ziemię. Spotykamy więc wtedy w skórze mniej lub więcej otworków małych, czasem ledwo dostrzegalnych, zwykle okrągłych lub szczelinowatych, zasiniałych, rozmaicie głębokich i rozmaicie od siebie oddalonych, zależnie od gatunku broni i odległości, z której strzał padł, a w każdym z tych otworków tkwi zwykle kulka śrutu, dająca się nieraz wyczuć tuż pod skórą, o ile naturalnie nie przebiła celu na wylot.

O ile więc rany te wejrzeniem swem bardzo są zbliżone do ran pochodzących od kuli, a tem samem i w podobnych, a nawet rzec można w lepszych znajdują się warunkach gojenia, gdyż są od nich mniejsze i nie przedstawiają tak znacznego zmiażdżenia tkanek, a więc mogą być uważane za aseptyczne, — o tyle gorsze warunki gojenia mają rany, pochodzące z bezpośredniej odległości, które, jak to z naszych historyi chorób i zestawienia z innych klinik widzieliśmy na wstępie, niemal zawsze są zakażone. Różne przyczyny składają się na to, że rany te tak łatwo ulegają zakażeniu. Łatwo zrozumieć, że nabój, złożony z kilkudziesięciu kulek śrutu i przybitki, dostając się do ustroju ludzkiego z ogromną siłą, niszczy i miażdży wszystkie tkanki, napotykane po drodze, rozdziera nerwy i naczynia krwionośne, druzgocze nawet kości, o ile te nie znajdują się za głęboko pod warstwą części miękkich i wskutek swej budowy anatomicznej i znacznej wytrzymałości nie stawiają mu oporu.

Już sam więc charakter anatomiczny rany przedstawia jak najkorzystniejsze warunki do rozwoju drobnoustrojów chorobotwórczych, które do stosunkowo wielkiej, otwartej rany, dostają się czy to z śrutu samego, czy też ze skóry, czy też wreszcie z porwanymi strzępami ubrania lub z przybitką. Co do pierwszych trzech nie ulega wątpliwości i udowodnionem zostało dla ran postrzałowych, zadanych kulą, że one mogą ranę zakazić; fakt jednak, że ropienie to występuje bardzo prędko i bardzo gwałtownie, że należy ono prawie do reguły przy każdej ranie postrzałowej śrutem i że wreszcie stosunkowo dość często przyłącza się do niego zakażenie tężcowe, nasuwa na myśl podejrzenie, czy nie ciąży tu główna wina na przybitce?

Chcąc się o tem przekonać, zrobiłem pod kierunkiem Doc. Kučery kilka doświadczeń w pracowni bakteryologicznej Zakładu anatomii patologicznej Prof. Obrzuta.

Nie szło mi tyle o to, czy i jakie zarazki znajdują się na powierzchni przybitek, gdzie obecność ich jest pewną wobec tego, że tak w handlach, jak i podczas użycia przybitek do zrobienia naboju, mogą się tu z różnych miejsc dostać, jak raczej zależało mi na wykazaniu, czy już przy samej fabrykacyi przybitek nie dostają się do nich jakie zarazki chorobotwórcze, któreby z chwilą, gdy przybitka dostanie się do rany, zaczęły się w niej rozwijać, natrafiwszy na grunt odpowiedni i spowodowały zakażenie rany.

Do doświadczeń użyto przybitek:

a) filcowych czarnych z fabryki Teschnera;

b) szarych z bibuły z fabryki wiedeńskiej;

c) różowych, napajanych tłuszczem, tak zw. angielskich;

d) okrągłych przybitek z cienkiej tektury, któremi przybija się proch.

Wysterylizowanemi narzędziami obcinano z tych przedmiotów powierzchowne warstwy tak, że pozostawał mały tylko kawałek, o którym można było na pewno powiedzieć, że tam drobnoustroje od zewnątrz się nie dostały; kawałki te zanurzano do probówek z bulionem i pozostawiano w cieplocie 37°. Kiedy po różnym upływie czasu wyrosły tu mieszaniny różnych gatunków drobnoustrojów, wylano z nich płytki żelatynowe, a z tych następnie w zwykły sposób oddzielano pojedyncze odmiany.

Z wszystkich przybitek wyrosły drobnoustroje; badanie ich wykazało, że są to same saprofity a mianowicie:

a) bacillus subtilis, b) bacillus ramosus, c) bacillus zbliżony do *b. mesentericus, d) bacillus* zbliżony do *b. subtilis, e) bacillus* z tej samej grupy, nie dający się bliżej oznaczyć, nadto *micrococcus candicans* i nieco mniejszy od niego *micrococcus*, nie dający się bliżej oznaczyć.

Charakterystycznym jest fakt, że wszystkie znalezione laseczniki należą do grupy prątków, wytwarzających spory, a więc znoszących bardzo dobrze wyższą cieplotę (140°) i wysychanie. Co zaś do kokków, to doświadczenie wykazuje, że pod względem odporności wobec wpływów niekorzystnych (wyższa ciepłota, przetwory odkażające i t. d.) zbliżają się one do spor, znosząc n. p. wyższe stopnie ciepłoty lepiej, niż n. p. laseczniki, nie wytwarzające spor.

Widocznie więc przy fabrykacyi przybitek, czy to wskutek wyższej ciepłoty, czy też działania żrących substancyi chemicznych, giną drobnoustroje mniej odporne, pozostają bowiem i zachowują swą siłę żywotną tylko bakterye najodporniejsze. Jakkolwiek więc drobnoustrojów chorobotwórczych badaniem naszem nie wykazaliśmy (bo i szczury, którym kawałki przybitek pod skórę szczepiliśmy, by się przekonać o ewentualnej obecności anaërobów, n. p. prątka tężca, jeszcze po 14 dniach nie okazywały żadnych zmian chorobowych), to jednak, uwzględniając tę okoliczność, że znamy niektóre drobnoustroje chorobotwórcze, które mają te same własności biologiczne, co wykazane wyżej saprofity, a mianowie prątki tężca, wąglika i obrzęku złośliwego *(oedema malignum)*, są bardzo zbliżone pod względem wytrzymałości do *b. subtilis*, zaś łańcuszkowce i gronkowce do znalezionych mikrokokków, wnosić możemy, że gdyby przy fabrykacyi przybitek któraś z wspomnianych bakteryi chorobotwórczych znajdowała się w materyale, z którego przybitki te są wyrabiane, nie udałoby się jej zniszczyć przez sam dotychczas praktykowany sposób fabrykacyi; lecz pozostałyby one w przybitkach, zachowując swą siłę żywotną, i z chwilą, gdyby dostały się wraz z nabojem do rany, nie jest wykluczonem, że rozwijając się na korzystnym dla siebie gruncie, mogłyby wywołać charakterystyczne dla siebie objawy chorobowe.

Nie zdziwi nas więc wobec tego, że kapitan Deubler[47]) zestawiając rany postrzałowe, zadane ślepymi nabojami wojskowymi, używanymi do ćwiczeń (*Exercierpatronen*), stwierdził na 267 takich ran 10% śmiertelności; a z tego w 20 przypadkach śmierć nastąpiła wskutek tężca. Wszakże do ran takich nic innego się nie dostaje, jak tylko sama przybitka, zrobiona z masy papierowej i co najwyżej jeszcze nieco strzępów ubrania. A jeżeli w ranach od kuli, do których dostawanie się strzępów ubrania jest udowodnionem, tak rzadko tężec się rozwija, to tu całą winę tego strasznego zakażenia zwalić musimy na tę nieszczęsną przybitkę. Żałować należy, że w żadnym z przytoczonych przez Deublera przypadków nie robiono badań bakteryologicznych, a przynajmniej on o tem nie wspomina. Meilly[48]) wyhodował w jednym przypadku rany postrzałowej, który się zakończył śmiertelnie, lasecznika tężca z kawałka przybitki, która się w ranie znajdowała.

Jeżeli więc fabrycznie sporządzane przybitki mogą być tak łatwo rozsadnikiem strasznych chorób, to cóż dopiero mówić o tych prymitywnych przybitkach, jakich zwykle nasi kłusownicy do strzelb starego systemu, nabijanych z przodu, używają? Są to zwykle stare szmaty, kłaki lub konopne pakuły, o których chyba wątpić nie można, że mogą zawierać całe kolonie drobnoustrojów chorobotwórczych.

Warunki więc do zakażenia są aż nadto dobre w anatomicznym charakterze ran, a materyału do zakażenia jest też poddostatkiem, czyż więc dziwić się jeszcze można, że zakażenie to tak gwałtownie i groźnie się rozwija?

Jeżeli Koerner[49]) swego czasu (1880 r.) na postawione sobie pytanie, co niebezpieczniejsze dla życia, czy rany od kuli, czy też od śrutu, nie mógł stanowczej dać odpowiedzi, to dziś, zdaje mi się, upoważnieni jesteśmy do odpowiedzi na to pytanie w tym sensie, że rany zadane śrutem zdaleka mniej są niebezpieczne, niż zadane kulą z tej samej odległości; przy strzałach zaś z pobliża rany zadane kulą, o ile ta nie trafia jednego z najważniejszych narządów życiowych i nie niszczy go, lub też nie powoduje natychmiastowej śmierci z powodu krwotoku wewnętrznego, mniej są dla ustroju niebezpieczne, niż rany od śrutu; a to głównie ze względu na częste zakażenie tych ostatnich.

Z tego też wysnuć możemy wskazówki dla postępowania leczniczego, a mianowicie: ran od kuli i od śrutu z daleka nie ruszać, chyba przy specyalnem wskazaniu, a leczyć je pod aseptycznym opatrunkiem wyczekująco; przy ranach zaś od śrutu z blizka nie zwlekać, lecz możliwie jak najprędzej operować, ranę rozszerzyć, usunąć śrut wraz z przybitką, o ile się da dokładnie, ranę wydrenować i leczyć, jak każdą ranę zakażoną.

Szefowi memu R. Dw. Prof. Rydygierowi za odstąpienie materyału klinicznego, Prof. Obrzutowi za pozwolenie pracowania w Jego zakładzie i Doc. Kučerze za cenne wskazówki przy doświadczeniach bakteryologicznych, składam na tem miejscu serdeczne podziękowanie.

III. O lokalizacyi ośrodków mowy.

Podał
Dr. Rafał Spira.

(Ciąg dalszy).

Do tych ośrodków optycznych dodaje Lichtheim jeszcze jeden, ośrodek wzrokowy o_1 służący dla zrozumienia

[47]) Fr. Deubler: Verwundungsfähigkeit der Exercier-Schüsse. Mittheilungen über Gegenstände des Artilerie- und Genie-Wesens. Jahrgang 1897. Heft. 10.

[48]) Centralbl. f. Chirurg. 1891.

[49]) l. c.

pisma i jeden ośrodek ruchowy, *p*, dla ruchów potrzebnych do pisania. Ośrodki te odpowiadają ośrodkom dla zrozumienia i wyrażenia słowa *s* i *m*. Osobny ośrodek dla kształtów liter o_1 ma się znajdować w oddzielnem miejscu, w zwoju kątowatym lewym (*gyrus angularis*) Za takim osobnym ośrodkiem wzrokowym dla pamięci kształtu liter pisanych i drukowanych przemawiają badania Naunyna, Déjerinea, Berkhana, Serieuxa Charcota i innych. Zajęcie chorobowe tego miejsca powoduje aleksyę i agrafię (aleksyę korową Wernickego, ślepotę wyrazową, *Wortblindheit*). Wernicke i inni przypisują rolę pamięci wzrokowej liter rozgałęzieniom nerwu wzrokowego w potylicy, a aleksyę, wywołaną chorobą w zwoju kątowatym (*gyrus angularis*), tłómaczono tem, że drogi przewodzące z obu sfer wzrokowych do czuciowego ośrodka słuchowego (*o—s*, patrz niżej), idą przez dolny płat ciemieniowy, a więc choroba w tem miejscu musi przez przerwanie tej drogi spowodować zaburzenia w czytaniu i pisaniu. Bastian rozróżnia znów aleksyę ciemieniową i potyliczną. Według badań Wilbranda spostrzeganie przestrzeni, światła i barw przychodzi do skutku w różnych warstwach sfery wzrokowej potylicznej, mianowicie poczucie światła w warstwie najpowierzchowniejszej.

Co do ośrodka *p* dla ruchów pisania, to Exner, opierając się na przypadkach Nothnagla, Bara, Magnana, przypuszcza, że w tylnej części średniego zwoju czołowego lewego znajduje się osobny ośrodek ruchowy, który jest w związku z zdolnością pisania. Zapatrywanie to podziela także Charcot i Pitres. Inni, jak Wernicke, Déjerine, sprzeciwiają się temu, sądząc, że ogólna sfera ruchowa około bruzdy Rolanda mieści w sobie także funkcyę ruchów prawej ręki do pisania. Uszkodzenie punktu *p* musi pociągnąć za sobą, według pierwszych, agrafię wogóle, według drugich tylko niemożność pisania ręką prawą obok porażenia tej kończyny, podczas gdy pisanie inną kończyną jest możebne.

Droga odśrodkowa od *p* do obwodu *p—r*, biegnie wzdłuż nerwów ruchowych torem piramid: uszkodzenie tej drogi wywołuje agrafię podkorową (odosobnioną).

Droga dośrodkowa do *o* ciągnie się od siatkówki przez nerwy wzrokowe, skrzyżowanie i pasmo, po części przez *pulvinar thalami optici*, ciało kolankowate zewnętrzne (*corpus geniculatum ext.*) i ciało czworacze przednie, z których to mas zwojowych wychodzą włókna t. zw. Gratioleta (*Sehstrahlung Gratiolet*), pasmo Gratioleta do potylicy. Uszkodzenie tej drogi po stronie prawej wywołuje tesame objawy, co uszkodzenie ośrodka wzrokowego, t. j. połowicze widzenie lewe; po stronie zaś lewej włókna te wzrokowe przechodzą na drodze do ośrodka wzrokowego w potylicy przez miejsca ważne dla mowy w płacie skroniowym i potylicznym tak, że ich przerwanie wywołuje obok widzenia połowiczego prawego także różne zaburzenia mowy. Włókna łączące płat potyliczny z pierwotnymi ośrodkami wzrokowymi podkorowymi przebiegają pod dolnym zrazikiem ciemieniowym i ognisko w tem miejscu, leżące głęboko po stronie lewej, może równocześnie zajmować drogę ruchową mowy (od zwoju Broca, po wyspę Reila) i spowodowywać nietylko widzenie połowicze prawe, lecz także aleksyę, agrafię i afazyę ruchową (droga *m—s*). Przytem po części wystąpią także zaburzenia ruchowe prawej połowy ciała.

Obok tych ośrodków i włókien ruchowych i czuciowych, łączących obwód z ośrodkami dróg rzutowych, idących od odnóg mózgowych i zwojów podstawowych do kory mózgowej i oprócz włókien spoidła, łączących ze sobą obie półkule, istnieje jeszcze mnóstwo włókien nerwowych, ciągnących się wzdłuż białej i szarej istoty kory mózgowej, łączących ze sobą ośrodki zmysłowe i ruchowe, t. zw. włókna kojarzenne Meynerta (*associatorische Faserzüge* Meynert), których kierunku i położenia dokładnie nie znamy. Między innemi ważnem jest, że podług panującego zapatrywania z płatu potylicznego wychodzą włókna ciągnące się do jąder nerwów dla mięśni ocznych. W płacie potylicznym odgraniczano prócz dróg wzrokowych jeszcze inne grupy włókien i między innemi pączek długi dolny (*fasciculus longitudinalis inf.*), łączący płat ten z płatem skroniowym, który ma pośredniczyć w stosunkach między sferą mowy, a wzrokową (Flechsig).

Według szematu Wernickego obraz afazyi, zwany przez niego aleksyą podkorową, przychodzi do skutku przez przerwę w drodze nerwu wzrokowego do ośrodka wzrokowego. Łatwo jednak pojąć, że taka przeszkoda musi powodować zaburzenia wzrokowe ogólne, a nietylko zdolności czytania. Natomiast ten stan daje się dobrze tłómaczyć przez przyjęcie osobnego ośrodka dla liter w zwoju kątowatym lewym (*gyrus angularis*), lewym o_1. Pola wzrokowe spostrzeżeniowe, znajdujące się w obu płatach potylicznych w klinie (*cuneus*), połączone są ze zwojem kątowatym lewym i to klin prawy przez spoidło. Przerwanie drogi od klina prawego do lewego zwoju kątowatego musiałoby pociągnąć za sobą aleksyę podkorową, ograniczoną do lewej połowy pola widzenia; zniszczenie drogi od klina lewego tamże musiałoby wywołać aleksyę, ograniczoną tylko do prawej połowy pola widzenia. Takie jednak ograniczone ogniska mogą się chyba bardzo rzadko tylko zdarzyć Przerwanie drogi obu klinów do lewego zwoju kątowatego ($o—o_1$) przez jedno ognisko, powodujące t. zw. aleksyę podkorową (aleksyę agnostyczną Ziehena) może tylko mieć miejsce tam, gdzie te drogi się schodzą, t. j. tuż pod zwojem kątowatym lewym, gdyż zaraz dalej znowu się rozchodzą. Skoro zaś przez to miejsce przechodzą także lewe włókna wzrokowe Gratioleta, to ognisko chorobowe w tem miejscu musi powodować obok aleksyi widzenie połowicze prawe.

Połączenia *o—p*, *o—s* i *o—m* spełniają włókna kojarzenne w korze mózgowej. Przerwanie drogi między sferą wzrokową a ruchową *o—p* musi wywołać agrafię. Droga *o—s*, łącząca obie sfery wzrokowe z ośrodkiem czuciowym słuchowym (w półkuli lewej), prowadzi przez (spoidło od strony prawej), zwój kątowaty, zewnętrzny rdzeń rogu dolnego i tylnego (*cornu inferior* i *posterior*), ku przodowi Przerwanie tej drogi pociągnie za sobą afazyę wzrokową pozakorową (patrz „Przegl. Lek.“ 1903, Nr. 21, str. 309) czyli afazyę optyczną.

Droga $o—o_1$ przebiega w sąsiedztwie drogi *o—s*. Tak zwana aleksya podkorowa, wywołana przerwaniem drogi pierwszej, musi się zatem często wikłać z afazyą wzrokową, wywołaną uszkodzeniem drogi drugiej. Droga $o_1—s$ łączy zwój kątowaty z ośrodkiem Wernickego w górnym zwoju skroniowym lewym. Jej uszkodzenie sprowadza t. zw. aleksyę pozakorową. Zajęcie lewego dolnego zrazu ciemienio wego i przerwa na granicy zrazu ciemieniowego i potyli-

cznego mogą z powodu schodzących się tu szlaków kojarzennych powodować aleksyę odosobnioną, aleksyę zakorową, ślepotę dla kształtów liter, albo afazyę optyczną. Według szematu Wernickego przerwa drogi *o—m* także może być powodem afazyi optycznej. Zdaniem Wernickego zboczenie to (afazya wzrokowa) powstaje przez uszkodzenie w zakresie ośrodków mowy. Badania anatomiczne jednak wykazały, że afazya wzrokowa może być uwarunkowana bądź przez obustronne uszkodzenie w korowem polu wzrokowem, bądź przez naruszenie dróg łączących oba pola korowe wzrokowe w potylicy z ośrodkami mowy półkuli lewej, przez ogniska chorobowe w rdzeniu płatu skroniowego, względnie potylicznego. Zdaniem Oppenheima w afazyi wzrokowej idzie o ogniska na granicy płatu potylicznego i skroniowego lewego, które czasem są tak rozległe, że przerywają drogi, przebiegające od obu zrazów potylicznych do ośrodka słuchowego. Z tej też przyczyny zaburzenie to wikła się często z aleksyą, widzeniem połowiczem, z afazyą czuciową. Według jego spostrzeżeń afazya optyczna jest dość częstym objawem przy ropniu mózgowym pochodzenia usznego. W jednym takim przypadku afazyi optycznej z ogniskiem w okolicy potyliczno-skroniowej półkuli lewej choroba wprawdzie złagodniała, pozostało jednak jeszcze to zaburzenie, że chory musiał patrzeć na dany przedmiot dłuższy czas, nim zdołał znaleźć stosowny wyraz. Możnaby sądzić, że chory w tym przypadku używał wyłącznie drogi zastępującej, z prawej sfery wzrokowej do ośrodka mowy w lewej półkuli i to umożebniało przypomnienie sobie potrzebnego wyrazu.

Czy zwój kątowaty jest osobnym ośrodkiem wzrokowym, czy też prowadzi tylko włókna łączące ośrodki wzrokowe z ośrodkami mowy, uszkodzenie jego zawsze spowodować musi różne zaburzenia mowy, jak afazyę wzrokową, ślepotę wyrazową, zaburzenia w pisaniu, czytaniu itd.

Jeżeli się uwzględnia stosunki topograficzne, to łatwo zrozumieć, dlaczego względnie często znajdują się równocześnie tak różne zaburzenia: mamy tu tłómaczenie tego, cośmy już wspomnieli, jak rozmaicie i zawikłanie może ukształtować się obraz chorobowy, zależnie od umiejscowienia i rozległości zmiany chorobowej, od stanu części sąsiednich. Pojmujemy teraz, dlaczego tak rzadko napotykamy na czysty obraz typowej postaci afazyi i dlaczego nieraz ściślejsze określenie postaci, z jaką mamy do czynienia, może być trudnem, zwłaszcza jeżeli zaburzenie to jest tylko objawem częściowym zmian więcej rozległych, jak się to zdarza w rozsianych ogniskach mózgowych, albo ogólnym zaniku mózgu. Równoczesne istnienie ślepoty wyrazowej i widzenia połowiczego po stronie prawej należy do kombinacyj charakterystycznych u prawaków. Droga między ośrodkiem czuciowym a ruchowym mowy *s—m* sąsiaduje z drogą, biegnącą od ośrodka wzrokowego do ośrodka ruchowego dla prawej ręki *o—p;* tem się tłómaczy równoczesność afazyi przewodnictwa i agrafii, jak to podobny przypadek opisał Pick.

Rzadszemi są spostrzeżenia, ogłoszone przez Bernheima, Redlicha, Picka i Oppenheima, w których u mańkutów istniała ślepota wyrazowa z lewostronnem widzeniem połowiczem, które zatem dowodzą, że także pod względem tych zaburzeń półkula prawa ma tosamo znaczenie u mańkutów, co pod względem innych zaburzeń mowy (p. wyżej); tosamo tyczy się afazyi wzrokowej, t. zn. prawy zwój kątowaty ma dla czytania tosamo znaczenie, jak prawy dolny zwój czołowy dla mowy samodzielnej, prawy górny zwój skroniowy dla zrozumienia mowy, mianowicie, że wszystkie te miejsca mają u mańkutów tosamo znaczenie fizyologiczne, co odpowiednie miejsca lewe u prawaków, przez co mańkuci stają się afatycznymi skutkiem uszkodzenia półkuli prawej.

Że wszystkie te ośrodki leżą u prawaków w półkuli lewej, polega na tej samej przyczynie co większa sprawność i dzielność prawej połowy ciała: wogóle prostszy przebieg lewej szyjnej tętnicy sprawia, że parcie krwi w lewej połowie głowy jest większe, niż w prawej, gdzie tętnica ta dopiero pośrednio przez tętnicę bezimienną wchodzi w związek z tętnicą główną; skutkiem tego lepsze jest odżywienie i wyższy rozwój lewej półkuli mózgowej, a co za tem idzie, także i ośrodków tam się znajdujących. Skoro zaś ośrodki ruchowe w mózgu inerwują nerwy kończyn strony przeciwnej, to wynika z tego, że kończyny prawe są silniejsze i sprawniejsze. U mańkutów zachodzi pod tym względem stosunek odwrotny. Jako czynniki organiczne prawactwa Ogle podnosi: większą wagę półkuli lewej, większy jej ciężar gatunkowy, większą obfitość w zwoje i wcześniejszy rozwój; większy dopływ krwi przez szerszą tętnicę szyjną i domózgową po stronie lewej, niż po prawej; prostszy kierunek prądu krwi po stronie lewej szyi jest także przyczyną, że zatory w tętnicy dołu Sylwiusza są po tej stronie częstszymi, i co za tem idzie, także porażenia połowicze prawe z tego powodu są częstszemi. Bertin naliczył na 31 zatorów tętnicy szyjnej, mózgowej i dołu Sylwiusza po stronie lewej, tylko 7 razy po stronie prawej. Zresztą Wadham przytacza przypadek młodego człowieka, który pisał wprawdzie ręką prawą, zresztą był, jak również czterej jego bracia, mańkutem, był zatem *amphidexter*.

Ze znanem i przyjętem powszechnie zapatrywaniem, że u ludzi pracujących lewą ręką ośrodki mowy znajdują się w prawej półkuli, to znaczy, że tu zachodzi rodzaj *situs inversus*, zgadza się stwierdzany często fakt jednoczesności porażenia lewostronnego z zaburzeniami mowy u mańkutów. Ogle zestawił 100 przypadków porażenia połowiczego z upośledzeniem mowy, z których trzy tyczyły się mańkutów, a właśnie u tych porażenie było lewostronnem, a zatem ognisko choroby i ośrodki mowy musiały się znaleźć po stronie prawej.

Ciekawy i może jedyny w swoim rodzaju przypadek opisuje Klęsk z krakowskiej kliniki chirurgicznej (*Przegl. lek.* 1902, Nr. 42): Chory mańkut cierpiał na afazyę, aczkolwiek zmiany chorobowe tyczyły się półkuli lewej. W tej pracy Klęska trudno zrozumieć uwagę: „co do zmian w piśmie, nie możemy orzec nic stanowczego, bo było porażenie kończyny prawej górnej“. Skoro chory ten był mańkutem, to powinien był pisać ręką lewą, nie porażoną. Gdyby się pokazało, że chory ten nie był w stanie pisać ręką lewą, to przemawiałoby to za osobnym ośrodkiem *p* dla pisania wogóle, mieszczącym się obok ośrodków mowy w półkuli lewej; jeżeliby zaś mógł pisać, to świadczyłoby to znowu, że osobnego takiego ośrodka dla pisania niema, lecz pisanie zależy od sprawności odpowiedniej sfery ruchowej dla ręki wogóle, tu, od nienaruszonej półkuli prawej. W ten sposób przypadek ten mógłby się przyczynić do wyjaśnienia i do rozstrzygnięcia tej sprzecznej dotychczas sprawy. Czyby w tym przypadku miało się do czynienia z *amphidextrem*,

jak w przypadku Wadhama, mianowicie, że chory choć mańkut, pisał ręką prawą?

Z spostrzeżeń Oppenheima zdaje się wynikać, że pamięć dla liczb mieści się w półkuli prawej.

Gdy mówimy o lokalizacyi mowy, wypada jeszcze wspomnieć o przypuszczalnym ośrodku Broadbenta: *propositionising centre* dla mowy syntaktycznej, którego zniszczenie ma powodować, jak już wyżej wspomnieliśmy, te zaburzenia mowy, które zowiemy agramatyzmem i który ma się mieścić w bezpośredniem sąsiedztwie ośrodka ruchowego mowy. Jakoteż ze względu na to, że często mimo upośledzonego rozumienia i powtarzania mowy, utrzymana jest możność rozumienia i powtarzania melodyi i śpiewu, należy przypuścić, że dla pojęcia i wyrażenia wrażeń muzykalnych istnieją osobne ośrodki i drogi przewodzące (impresyjne i ekspresyjne), o których lokalizacyi na razie nic jeszcze niewiadomo.

Za tem przemawiają spostrzeżenia Wernickego, Antona, Urbantschitscha i innych. Także Sugár w swoich uwagach nad teoryą słyszenia muzykalnego wyraża przypuszczenie, że istnieje osobny ośrodek muzykalny w mózgu. Niektórzy, jak Déjerine, Edgreen i inni lokalizują ten ośrodek w pierwszym i drugim zwoju lewego płatu skroniowego, w blizkości miejsca, którego zniszczenie powoduje głuchotę wyrazową. Przeciw temu przypuszczeniu przemawia przypadek nabytej ślepoty tonów muzykalnych (*amusie*) (spostrzeżenie Manna, Wrocław), gdzie przy obdukcyi znaleziono ognisko chorobowe w prawym płacie czołowym.

Lucae przyjmuje osobny przyrząd dla percepcyi szmerów i dźwięków w błędniku. Kessel przypuszcza na podstawie spostrzeganego przypadku osobne ośrodki w rdzeniu przedłużonym dla poczucia siły i wysokości głosu. (C. d. n.).

IV. Wyciągi.

W. De-Paoli. **O leczeniu łożyska przodującego** (*plac. praevia*) **metodą Bossiego.** (*Archiv für Gyn.* tom 69, zeszyt 1, 1903). Wszystkie dotychczasowe metody postępowania przy łożysku przodującem są niebezpieczne i niewystarczające. Cięcie cesarskie, nie zawsze wykonalne, ryzykowne i nadaje się tylko dla praktyki klinicznej, szpitalnej lub wogóle zakładowej. Rozmaitego rodzaju balony elastyczne i nieelastyczne są niewygodne w użyciu, kaleczą łatwo tkanki, powodują przesunięcie się poprzedzających części płodu, mogą wywołać zakażenie, a przedewszystkiem niedość szybko rozszerzają szyjkę macicy. Tamponada zwykle nie prowadzi do celu. Wszystkie te ujemne strony przytoczonych metod usuwa rozszerzadło Bossiego, które głównie powinno być stosowane w przypadkach ciężkich, gdzie obfite krwotoki i ogólny groźny stan rodzącej wymagają natychmiastowego działania. Przy pomocy tego przyrządu jesteśmy w stanie rozwiązać kobietę w każdym czasie ciąży, bez względu na to, czy szyjka jest podatna, czy nie, zamknięta, czy otwarta, utrzymana, czy skrócona, naddarta, a nawet przy wązkich szyjkach u pierwiastek — i to z dowolnym nakładem czasu, zależnie od nagłości przypadku. Technika postępowania jest następująca: po ułożeniu rodzącej poziomo z nieco podniesioną miednicą i zgiętemi kończynami dolnemi oczyszcza się części rodne, jak zwykle. Głowę chorej należy trzymać nizko, aby krew w większej ilości dopływała do mózgu. Samo narzędzie gotuje się przed użyciem, lub jeżeli niema czasu, wyciera dokładnie watą zanurzoną w kreolinie, 3% karbolu, lub w sublimacie 2‰, pamiętając jednak oczyścić je po użyciu. Jeżeli szyjka wogóle nie jest rozwartą, lub tylko mało, poniżej 2½ ctm., wprowadza się rozszerzadło zamknięte z ramionami, okrytemi czapeczkami gumowemi. Dobrze jest dolną część ramion posmarować oliwą karbolową. Wskazujący i środkowy palec lewej ręki wprowadza się do pochwy aż do ujścia macicy, a ręką prawą posuwa się po nich sam przyrząd, wklęsłością krzywizny zwrócony ku przodowi. Przy łożysku przodującem częściowem wprowadza się go po tej stronie szyjki, która nie jest pokryta łożyskiem; przy łożysku przodującem zupełnem (*pl. pr. centralis*) należy najprzód próbować odkleić część łożyska; gdy się to jednak nie udaje, lub w przypadku nagłym można je śmiało przebić. Wprowadzając rozszerzadło do szyjki, należy rękojeści obniżyć ku międzykroczu, aby ramiona posuwały się szybko w kierunku kanału szyjki, poczem rozpoczynamy kręcić śrubą. Przytem naturalnie krwotok się zwiększa, co jednak nie trwa długo, bo w przeciągu 10 do 20 minut szyjka jest tak rozwartą, że możemy kobietę rozwiązać sztucznie. Nadto sama macica podczas zabiegu tak silnie się kurczy, że krwotoki nigdy nie są tak gwałtowne. Z chwilą, gdy palce lewej ręki, będące stale w pochwie, wyczuwają silne napięcie ujścia, lub jeżeli macica silnie się kurczy, należy przerwać na kilka minut. Przy rozszerzeniu na 9 ctm. można już płód wyciągnąć, czy to przez wykonanie obrotu, czy też zapomocą kleszczy. W przypadkach nagłych, gdy krwotok jest bardzo duży, wystarczy rozszerzenie szyjki na 5 ctm., gdyż wtedy można ściągnąć nóżkę i powoli ją naciągnąć. Przy wyjęciu przyrządu muszą palce, będące w pochwie, kontrolować, aby przy zamykaniu ramion nie schwycić fałdu szyjki, lub pochwy. W końcu podaje autor historyę porodu 19 przypadków łożyska przodującego, głównie zupełnego, które wszystkie ukończono przy pomocy rozszerzadła Bossiego. W żadnym przypadku nie powstało przedarcie szyjki, któreby wymagało choćby jednego szwu. Jedna tylko kobieta umarła w następstwie ostrej niedokrewności; wszystkie inne przeszły prawidłowy połóg; z płodów tylko dwa były nieżywe. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Dützmann. **Powikłania porodowe przy rozległych żylakach.** (*Monatschrift für Geb. und Gyn.* tom 17, zesz. 3, 1903). Z żylakami nawet rozległymi na dolnych kończynach spotykamy się bardzo często w przebiegu ciąży; nie mają one żadnego ważniejszego znaczenia; leżenie w łóżku z wysoko ułożonemi kończynami i wilgotne zawijania usuwają nierzadko to cierpienie w zupełności. Gorsze już jest rokowanie, gdy się wytworzą wrzody, gdyż te mogą się stać powodem groźnych krwotoków, które jednak można dosyć łatwo opanować. Bardzo poważny natomiast stan występuje, gdy guzy żylakowe wytworzą się nietylko na kończynach dolnych, ale i na międzykroczu, sromie, w pochwie, a nawet na części pochwowej i szyjce macicy. Łatwo bowiem może przesuwająca się główka wprost przedrzeć ścianę takiego guza, albo pod wpływem silnego parcia może przyjść wprost do naddarcia lub pęknięcia, a wówczas krwotok jest tak gwałtowny, że rodząca może się skrwawić w ciągu kilku minut. Podczas samego porodu, szczególnie jeżeli rodząca silnie prze, guzy żylakowe znacznie się powiększają i dochodzą czasem do niezwykłych rozmiarów. Autor podaje historyę porodu pięciu przypadków, z których w jednym krwotok z pękniętego żylaka na międzykroczu był tak silny, że nim zabrano się do zeszycia, mimo że to było w klinice, rodząca umarła ze skrwawienia. Przypadek ten wykazuje, jak trzeba być ostrożnym i że nie należy sobie tych stanów lekceważyć. Jeżeli termin porodu jest jeszcze daleki, trzeba się starać guzy te zmniejszyć przez leżenie, wysokie ułożenie tych części, opatrunki uciskające na srom. Niezłe wyniki otrzymano po wstrzykiwaniach sporyszu (2—3 razy dziennie strzykawkę). Przy tem postępowaniu należy jednak bardzo uważać, gdyż łatwo mogą wystąpić bóle, a wtedy trzeba natychmiast zaprzestać wstrzykiwań. Przy samym porodzie możemy tylko wyczekiwać, nakazać rodzącej, aby nie parła i wogóle starać się o powolny przebieg porodu. Jeżeli rodząca nie może się powstrzymać od parcia, należy ją uśpić; wreszcie musi być wszystko przygotowane do zeszycia, tamponowania i wywołania ucisku. *Dr. E. Ehrenpreis.*

A. Gottschalk. **O adrenalinie.** (*La Presse médicale* 1903, Nr. 44). Od roku 1855, w którym Addison zauważył związek nadnercza z „chorobą brązową“, nazwaną od jego imienia, liczni fizyologowie zaczęli badać działanie wyciągu tych gruczołów bądź w postaci naturalnej, bądź w postaci suchego proszku, lub rozczynów wodnych. Działanie to objawia się: 1) zwolnieniem tętna (Schäfer i Oliver, Cushny); 2) wzmocnieniem skurczu sercowego przez bezpośrednie pobudzenie mięśnia sercowego (Schäfer, Cushny), lub przez pobudzenie ośrodków sercowych (Gottlieb, Radziejewski); 3) podniesieniem się parcia krwi z powodu skurczu drobnych naczyń przez działanie obwodowe naczynio-ruchowe (Schäfer); działaniem obwodowem na włókna mięsne naczyń (Cushny, Schoemaker), czy też ośrodkowem działaniem naczynio-ruchowem (Cybulski, Szymonowicz, v. Cyon); 4) blednieniem i niedokrewnością wszystkich tkanek (skóry, błon śluzowych, otrzewnej).

Dążeniom do otrzymania czystego wyciągu nadnercza zawdzięcza swe powstanie epinefryna Abla, suprarenina Fürtha, oraz najczyściejsza z nich adrenalina, otrzymana przez japońskiego profesora Jakichi Takamina.

Przedstawia się ona w postaci białawego proszku krystalicznego, smaku lekko gorzkawego, bardzo mało rozpuszczalnego w wo-

dzie zimnej, więcej w ciepłej, lub w rozczynach chlorku sodowego, nierozpuszczalnego w wyskoku i eterze. Rozczyn adrenaliny po dodaniu chlorku żelaza daje zabarwienie pięknie zielone, a z wodą jodową zabarwienie czerwone. Posiada odczyn alkaliczny. Nie jest ona alkaloidem w ścisłem tego słowa znaczeniu i nie okazuje odczynu charakterystycznego dla alkaloidów. Ma nader silne działanie ściągające. Jedna kropla rozczynu 1: 5000 wywołuje w przeciągu jednej minuty zbielenie prawidłowej spojówki. Wstrzykiwanie śródżylne wywołuje działanie na układ mięśniowy, na serce i naczynia i silne zwiększenie się parcia krwi. Doświadczenia profesora Lépinea i Amberga wykazały działanie trujące po wstrzyknięciu dwóch miligramów do żyły, lub sześciu miligramów pod skórę na jeden kilogram wagi u psa. Adrenalina wywołuje wymioty i po krótkim okresie podniecenia osłabienie, połączone z krwawą biegunką, a w końcu śmierć z porażenia narządów oddechowych, lub serca.

Adrenalina jest dostarczaną do użytku w rozczynach: stosowaną bywa w rozczynie 1: 1000. Ma ona zastosowanie lecznicze w pierwszym rzędzie w chorobie Addisona, w której sprawia według licznych spostrzeżeń (Rolleston, Edel, Seibert, Schoemaker). zanik barwika i przybytek na wadze. W. chorobach serca (Floersheim) wzmacnia i reguluje skurcze serca i lokalizuje szmery nieprawidłowe, ułatwiając rozpoznanie cierpienia. Wstrzykiwana śródżylnie jest ona lekiem heroicznym w zapadzie chloroformowym (Cushny, Gottlieb, Mańkowski, Schäfer), oraz w zatruciach makowcem i morfiną (Reichert). W rynologii, otologii, laryngologii i okulistyce bywa stosowaną, jako środek przeciw nawałom zapalnym krwi i krwawieniom (Moore, Rosenberg, Bukofzer, Darier, Kirchner). Zwłaszcza działanie jej tamujące znalazło uznanie. I tak profesor Frisch wpuszcza przez 3—4 minuty 100—150 centymetrów sześciennych rozczynu 1: 1000 do pęcherza moczowego w celu uniknięcia krwotoków z podrażnionego pęcherza podczas cystoskopii. Przy utrudnieniach w oddawaniu moczu z powodu przerostu gruczołu krokowego adrenalina znosi te przypadłości. W krwawieniach skuteczne jest stosowanie podskórne w ilości 1—2 miligramów. Adrenalina znalazła zastosowanie w krwawieniach macicznych z powodu włókniaków i nowotworów, w silnych krwawieniach miesiączkowych, przy guzach krwawnicowych, krwawych wymiotach, oraz jako lek działający objawowo, częstokroć skuteczny w krzywicy, białkomoczu cukrzycy i cierpieniach skóry. *Dr. M. Blassberg.*

Escherich. **Wyniki leczenia płonicy surowicą w wiedeńskiej klinice pedyatrycznej.** (*Neue Therapie* Nr. 3, 1903). Od czasu wprowadzenia surowicy Behringa do leczenia błonicy oczekujemy niecierpliwie dalszych metod leczniczych do opanowania chorób zakaźnych, na które w samej Austryi rocznie umiera 80.000, a w tej liczbie 12.000 dzieci. Po odczycie Dra Mosera w Wiedniu w wielu szpitalach tamtejszych przeprowadzono leczenia próbne płonicy surowicą przeciwpłoniczą z bardzo dodatnim wynikiem. Marmorek był pierwszy, który rozpoczął badania, mające na celu osłabienie trującego wpływu na ustrój łańcuszkowców, przeszczepiając je przez szereg zwierząt; niekorzystne wyniki tej metody ominął Dr. Moser, przeprowadzając surowicę ze sztucznych hodowli tylko przez konie. Obawa użycia tak wielkiej dawki surowicy nie istnieje, jeśli wstrzyknięcie odbywa się antyseptycznie, a ranka z ukłócia dobrze zostaje opatrzoną tak, że w tych warunkach ciepłota nie podnosi się i nie występują inne dolegliwości. Wiadomo, że w płonicy istnieją przypadłości miejscowe i ogólne: do pierwszych odnosimy: zaróżowienie błon śluzowych i skóry, wypociny, obrzęki gruczołów, zapalenie ucha środkowego, ropówkę, zapalenie wsierdzia i posocznicę. Do zaburzeń drugich, toksycznych, zaliczamy: wymioty, senność, apatyę, ociężałość, gorączkę, gościec płoniczy itp. Otóż na pewne da się oznaczyć, że na zaburzenia toksyczne surowica oddziaływa bardzo silnie i znacznie je zmniejsza, podczas gdy na miejscowe o wiele mniej. Przeto, gdy wstrzykniemy surowicę Mosera dosyć wcześnie i pełną dawkę, objawy toksyczności znacznie słabną, a przebieg choroby staje się lekkim. Najlepiej popiera to statystyka, przeprowadzona w wiedeńskim szpitaliku St. Anny od roku 1898 do 1902:

	liczba chorych na płonicę:	umarło	%	
1898	171	22	12·86	
1899	268	44	16·41	
1900	265	33	12·45	
1901	389	35	8·99	leczenie surowicą
1902	368	25	6·70	Dra Mosera.

Dr. Włodz. Serkowski.

Gust. Szigeti (Budapeszt). **Rola rzeczoznawców kontrolujących przed sądem.** (*Ungar. med. Revue* Nr. 3, 1903). Na wzór ustawodawstwa niemieckeigo, francuskiego i belgijskiego wprowadził rząd węgierski instytucyę kontrolujących rzeczoznawców sądowych. Doświadczenie miało stwierdzić, że lekarze-rzeczoznawcy mimo, iż starają się jak najbardziej przedmiotowo docieć prawdy, mimowolnie w orzeczeniu swem skłaniają się do zapatrywania korzystnego dla oskarżenia. Uwzględniając tę okoliczność, instytucya rzeczoznawców kontrolujących ma na oku strzeżenie interesów wyłącznie tylko oskarżonego i tym sposobem staje się ona ważnym czynnikiem obrony. Paragraf kodeksu węgierskiego, odnośnie do tej sprawy, brzmi: „W sprawie, w której celem poznania i ocenienia kwestyi, mającej być rozstrzygniętą, potrzeba szczególnej znajomości zawodowej, może oskarżony, względnie mogą oskarżeni posługiwać się współdziałaniem rzeczoznawcy kontrolującego. Temu przysługuje prawo strzeżenia interesów oskarżonego, względnie oskarżonych. W szczególności zaś może on być obecnym przy oględzinach miejscowych, może zwrócić uwagę na ewentualne braki i przeoczenia, może co do miejscowych oględzin, jak i orzeczenia, przedłożyć w protokóle, lub osobnem piśmie swoje zapatrywanie“. Zatem lekarz kontrolujący ma prawo sprzeciwić się orzeczeniu rzeczoznawcy sędziego, o ile uważa je za niedopuszczalne, może je zbić dowodami, w następstwie całą sprawę jaśniej przedstawić, dając wyraz swemu przekonaniu naukowemu. Zatem właściwie i lekarze kontrolujący są rzeczoznawcami, a ich orzeczenie jest takim samym środkiem dowodowym procesu, jak orzeczenie rzeczoznawców sądu, a sąd ma rozstrzygnąć, które orzeczenie prędzej uwzględnić należy, które z nich więcej przemawia do przekonania. Słusznem więc jest odebranie przysięgi od rzeczoznawcy kontrolującego, wyposażonego takim samym zakresem działania, co rzeczoznawca sędziowski. Jego orzeczenie, jako dowód, staje się dowodem dopiero przez przysięgę. Z drugiej strony świadomość znaczenia przysięgi skłoni lekarza kontrolującego do gruntownego zajęcia się sprawą w duchu, przewidzianym przez prawodawstwo. Z tego wynika, iż instytucya ta jest dziełem liberalnem czynności ustawodawczej i że ustawodawstwo uczyniło zadość wolnomyślnym zapatrywaniom panującym, stwarzając tym sposobem główny warunek sprawiedliwości, dążącej do wykazania prawdy. *Baschkopf.*

Exner. **Przyczynek do leczenia guzów promieniami Roentgena.** (*Wiener klin. Wochenschrift*, 25, 1903). Autor leczył trzy nie nadające się do operacyi przypadki raka sutka promieniami Roentgena i jakkolwiek żaden z tych nie wyleczył się, to w każdym razie nie można metodzie tej odmówić znaczenia co do zwalczania przypadłości miejscowych. W pierwszym przypadku, gdzie rozpad był daleko posunięty, doprowadziło leczenie do tego, że prawie 10-go dnia po pierwszem zadziałaniu promieni wystąpiła na brzegu owrzodzenia czysta ziarnina, a prawie 6 tygodni po rozpoczęciu leczenia cała powierzchnia zamienioną została w prawie czysto ziarninującą płaszczyznę. Stosowano w tym przypadku wysokie dawki promieni Roentgena, w sumie 52 H. (jednostek Holzknechta). Przez czas leczenia guz wcale nie rósł. W przypadku drugim 11-go dnia po pierwszem działaniu promieni wystąpiła czysta ziarnina, a po miesiącu znikło owrzodzenie zupełnie; pozostał tylko płaski ubytek tkanki, pokryty ziarniną. Użyto tutaj 45 H., przyczem guz się zmniejszył. Jeżeli zatem możliwem jest w przypadkach rozpadających się raków usunąć wylewanie się posoki z owrzodziałego guza, to już przez tosamo wiele się zyskuje, a zważywszy także, że zwalczanie następstw owrzodziałego raka należy do rzeczy bardzo trudnych i żmudnych, to leczenie promieniami Roentgena można bardzo polecić. Przypadek trzeci dał pozory prawie zupełnego wyleczenia raka. Guz wielkości pięści znikł w przeciągu trzech miesięcy tak, że nie można było makroskopowo znaleźć miejsca podejrzanego. Pierwsza ziarnina czysta powstała 15-go dnia, owrzodzenie ustąpiło po miesiącu; ilość zużytych na to promieni wynosiła 15 H. Ponieważ promienie te działają niszcząco na warstwy pojedyncze i po zniszczeniu warstwy powierzchownej można dopiero dojść do głębszych, radzi autor za przykładem Becka, by po operacyjnem wyjęciu guza, a przed zeszyciem, wystawić miejsce operowane, co do którego niema się pewności, czy się czegoś z nowotworu nie zostawiło, lub wprost w sąsiedztwo raka nie przeszczepiło, w takich razach wystawić na działanie promieni Roentgena w ilości 8—15 H. Rozumie się, że należałoby wtedy do rany wprowadzić sączek, by umożliwić odpływ rozpadłych części tkanek, zniszczonych działaniem promieni. Oprócz przytoczonych trzech przypadków raka leczono też przypadek mięsaka przerzutowego, w którym wprawdzie uzyskano zmniejszenie guzków mięsakowych, jednakże wyleczenia nie otrzymano. Badanie mikroskopowe tych guzków było prawie ujemne z powodu obfitego barwika, zawartego w nich; dawały się widzieć tylko w środku guzka miejsca obumarłe. *B. Żmigród.*

Grawitz (Charlottenburg). **Ostre odżywczo-nerwowe schorzenie kończyny dolnej.** (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 27, 1903). Przypadek ten dotyczy 17-letniej dziewczyny, u której wśród ogólnych objawów chorobowych, wystąpił zanik skóry na

całej lewej kończyny dolnej, z wyjątkiem podeszwy i palców. Interesującym dalej objawem tego cierpienia było zaczerwienienie skóry które zresztą należy uważać jako rzecz drugorzędną, następową, w postaci rozszerzonych naczyń krwionośnych, jak niemniej brak wszelkich innych objawów ogólno-zapalnych, bądźto ze strony nerwów obwodowych, bądź też układu nerwowego ośrodkowego.

Pisek (Podgórze-Kraków).

Berkenheim (Moskwa). **O cukrzycy u dzieci.** (*Klinisch-therapeutische Wochenschrift* Nr. 28, 1903). Cukrzyca może się pojawić w każdym wieku; są dzisiaj na to niezbite dowody, że stwierdzono ją u noworodków, a Kiselle, Bell i inni spostrzegali u kilkudniowych, względnie kilkutygodniowych dzieci; w późniejszym wieku już występuje częściej; płeć lub rasa nie mają tutaj żadnego wpływu. W etyologii cukrzycy należy w pierwszym rzędzie. zwrócić uwagę na dziedziczność; stwierdzono ją bowiem w 20% wszystkich przypadków; interesującym zaś pod tym względem jest przypadek Paryego. W pewnej rodzinie stwierdzono u trzech członków (z pięciu) rodzeństwa cukrzycę; dorosła czwarta siostra zachorowała, mając lat 19, na tężsamą chorobę; matka wreszcie i babka tychże dzieci zmarły skutkiem cukrzycy. Bardzo często można napotkać w etyologii gościec, padaczkę, różne nerwice; związek przyczynowy między kiłą. a cukrzycą nie jest jeszcze na pewno stwierdzony; zapatrywanie zaś, jakoby dzieci warstw wykształconych bardziej zapadały, aniżeli inne, nie wytrzymuje dostatecznej krytyki; tosamo powiedzieć można o urazach, jako czynnikach wywołujących cukrzycę; co najwyżej uraz może stać się przyczyną rozwoju już istniejącej, ale utajonej choroby. Tu pod ten dział można podporządkować i inne etyologiczne wpływy, jak zaziębienie, przestrach, złe warunki życia, nieodpowiedni wikt itp. Wielu lekarzy przypisuje wielkie etyologiczne znaczenie chorobom zakaźnym (dur, zimnica, grypa itp.), aczkolwiek nie da się zaprzeczyć, że w przebiegu niektórych ciężkich przypadków błonicy, lub innych chorób zakaźnych można stwierdzić cukromocz, w przeważającej jednak liczbie przypadków objaw ten nie występuje.

Symptomatologia cukrzycy u dzieci niewiele różni się od tejże u starszych: ilość cukru dochodzi do 10%, mocz zaś do 10 litrów dziennie, również i ciężar gatunkowy jest znacznie wyższy, dochodzi bowiem do 1,050. Jednym z ważnych objawów cukrzycy u dzieci jest niemożność zatrzymania moczu; dlatego też w każdym takim przypadku należy badać mocz na cukier. Szczególniej zaznaczyć należy ciężki tutaj przebieg choroby, który w większości przypadków da się podzielić na dwa okresy: pierwszy, dłużej lub krócej trwający, cechuje się jedynie cukromoczem przypadkowo stwierdzonym; drugi zaś okres rozwija się z pierwszego pod wpływem urazu, zakażenia itp. i przedstawia cały obraz rozwiniętej cukrzycy. Ten właściwie okres, kończący się zazwyczaj niepomyślnie, bywa u dzieci najczęściej stwierdzonym. Leczenie apteczne nie prowadzi do żadnego wyniku; główną wagę trzeba kłaść na leczenie higieniczno-dyetetyczne. *Dr Henryk Pisek* (Podgórze-Kraków).

Mikulicz i Fittig. **Przypadek raka sutka leczony ze skutkiem promieniami Roentgena.** (*Beiträge zur klin. Chirurgie*, XXXVII, 3, 1903). W przypadku owrzodziałego raka sutka u 52-letniego chorego stosowali autorowie promienie Roentgena w postaci naświetlań i po czterech krótkotrwających posiedzeniach pokazało się, że owrzodzenie znacznie się zmniejszyło. Po czterech miesiącach leczenia, a sześciu posiedzeniach, nastąpiło zupełne wyleczenie o tyle, że w miejscu owrzodziałego raka, stwierdzonego przedtem badaniem histologicznem, powstała różowawa, gładka, przesuwalna blizna. Gruczoły pachowe, rakowo zwyrodniałe, wyjęto przed rozpoczęciem leczenia promieniami Roentgena. Na podstawie tego przypadku radzą autorowie w przypadkach raków wolno rosnących, powierzchownych, nadto w nowotworach, nie dających się już operować, zastosować leczenie promieniami Roentgena, inne zaś należy usuwać drogą operacyjną. *B. Żmigród.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Podskórne stosowanie salicylanu sodowego. (*E. Merck Jahresberichte*, 1902). W miejsce wewnętrznego podawania tego środka radzi Bouchard (*Comptes rendus* 1902, T. 135) stosować go podskórnie, a mianowicie w przypadkach uporczywego zapalenia stawów, które powstało po ostrym gośćcu stawowym; dalej w ogólnych i częściowych gośćcach i gośćcowem zapaleniu nerwu. Autor posługuje się 5% roztworem i wstrzykuje 1—2 ctm. na jeden raz w dwóch lub trzech różnych miejscach zajętego stawu. W początku ogólnego gośćca stawowego leczenie to nie jest wskazane; tam należy stosować przetwory salicylowe wewnętrznie. W gośćcu na tle rzeżączki wstrzykiwania te łagodzą bole, jednak nie mają wpływu na przebieg choroby. Zaletą tego sposobu leczenia jest to, że środek leczniczy stosujemy tylko w tem miejscu, gdzie działanie jego jest pożądane, a dalej, że unikamy szkodliwego działania na błonę śluzową żołądka. *Dr. T. Ż.*

Stosowanie chloroformu do znieczuleń. (*E. Merck Jahresberichte*, 1902). Znaną jest rzeczą, na którą może jednak niedość zwraca się uwagi, że nawet najczystszy chloroform, zawierający według przepisu niemieckiej farmakopei 1% alkoholu, ma skłonność do rozkładu i wytwarzania niebezpiecznego fosgenu, zwłaszcza jeżeli przez czas dłuższy styka się z wilgotnem powietrzem. To zetknięcie ma miejsce, jeżeli się chloroform przechowuje w dużych flaszkach lub balonach i czerpie z nich w miarę potrzeby. Należałoby zatem chloroform pobierać w małych, szczelnie zamkniętych flakonach, zawierających ilość potrzebną do jednego uśpienia, lub w ostateczności na przeciąg kilku dni. Jeżeli zaś jest się zmuszonym przechowywać chloroform w większej ilości, najlepiej jest odrazu po otwarciu dużej flaszki przelać jej zawartość do małych flakonów, napełniając je zupełnie szczelnie. Flakony te powinny być zupełnie ochronione od wilgoci, a po opróżnieniu przed napełnieniem powtórnem najdokładniej oczyszczone. *Dr. T. Ż.*

Pielęgnowanie jamy ustnej w leczeniu rtęcią i w niektórych cierpieniach ust. Jul. Müller z Wiesbadenu nie radzi stosować w cierpieniach jamy ustnej chloranu potasowego, albowiem wbrew rozpowszechnionemu mniemaniu nie wywiera ten lek w zwykłych roztworach najmniejszego wpływu na prątki w jamie ustnej. Z drugiej strony nie można zaprzeczyć, iż lek ten, stosowany w 3—5%-owym roztworze, lub w postaci kołaczyków gniecionych po 0·3, lub wreszcie jako 50%-owa pasta zębowa działa w rtęciowem zapaleniu ust i innych zakaźnych zapaleniach jamy ustnej. Zatem nie siła odkażająca jest tu miarodajną. Rzeczywiście Sanarelli wykazał, iż ślina jest bardzo złem podłożem dla pewnych drobnoustrojów patogenicznych i że może je zniszczyć, jeśli ich ilość nie przekracza pewnych granic. Tylko w daleko rozwiniętem wrzodziejącem zapaleniu jamy ustnej z przyczyny miejscowej lub ogólnej, potrzeba silniej działających środków odkażających, gdyż do zniszczenia prątków nie wystarcza wtedy prawidłowa prątkobójcza siła śliny. W takich razach stosuje M. najchętniej 5—10%-owy roztwór H_2O_2 i pędzlowanie nalewką jodową (*tinct. jodi fort.*). Celem zapobieżenia zapaleniu jamy ustnej w chorobach i w leczeniu rtęciowem poleca M. zamiast 50% pasty Beyersdorfa z chloranem potasowym, pastę z soli Wiesbadeńskiej (*Wiesbadener Quellsalzzahnpaste*). Przewyższa ona pastę Beyersdorfa łatwą rozpuszczalnością w wodzie; bierze się jej kawałeczek do ust, a potem nieco ciepłej lub zimnej wody; pasta wiesbadeńska pozostawia przyjemne odświeżające uczucie. Ten sposób ma wartość głównie dla chorych, którzy skutkiem swego zawodu, lub innych przyczyn nie mogą mieć przy sobie roztworu do płókania. Przeciw chloranowi potasowemu przemawia też trujące działanie. Mankiewicz zwrócił uwagę na częstość białkomoczu w leczeniu rtęciowem przy nadużywaniu chloranu potasowego. Prof. Kobert przestrzega przed codziennem używaniem pasty z chloranem potasowym, ponieważ może ona spowodować ciężką methemoglobinemię. Pod każdym względem unikać jej należy u kiłowych z objawami niestrawności, białkomoczu, cylindruryi, lub u cierpiących na cukrzycę, niedokrwistość, szczególnie na tle kiłowem, zimniczem, gruźliczem i u kobiet ciężarnych. Tu najlepiej używać do płókania octanu glinowego, a do czyszczenia zębów wiesbadeńskich pastylek. Wyrabia je Ferd. Mülhens w Kolonii n. R., słoiczek kosztuje 80 fenigów. *Baschkopf.*

VI. Korespondencye.

Bruksela 6 września.

Ze Zjazdu higienistów w Brukseli.

I. Tegoroczny międzynarodowy Zjazd higienistów postawił na porządku dziennym kilka kwestyi, które wywołały ożywioną i długo trwającą dyskusyę, a dotyczyły tak ważnych spraw, że sądzę, iż będzie na miejscu omówienie ich w „Przeglądzie“. Z góry zastrzedz się muszę, że te tylko rzeczy omówię, których byłem blizkim i w których brałem udział, pozostawiając inne, nie mniej ważne, innym sprawozdawcom.

Pierwszy i drugi dzień Zjazdu w Sekcyi bakteryologicznej zostały poświęcone sprawom toksyn i antytoksyn. Wywiązała się długa dyskusya, która w pierwszym dniu nie wiele przyniosła korzyści, gdyż głównie obracała się koło teoryi Ehrlicha (*Seitenkettentheorie*). Zwolennicy

jej, przeważnie uczniowie szkoły Kocha i Ehrlicha, utrzymywali, że teorya ta najlepiej tłómaczy nawet na drodze chemicznej sposób powstawania antytoksyn i ich działanie; przeciwnicy zaś, jak Gruber, w części Madsen, i szkoła Pasteura byli przeciwnego zdania, sądząc, że chemia nie wiele może z tej teoryi skorzystać, gdyż, jeżeli przyjmiemy działanie chemiczne przy łączeniu się toksyn i antytoksyn, to można się obejść bez tej teoryi, która wszystkich faktów nie wyjaśnia. Doświadczenia zresztą, wykonane przez Aremusa i Madsena, oraz przez Eisenberga, podają inne sposoby wyjaśnienia, oparte na prawach wielokrotnych połączeń.

Nie mogę zająć się bliżej tym sporem, tem więcej, że dyskusya nie doprowadziła do stanowczych wyników, przytępione tylko zostały nieco ostrza argumentów Ehrlicha.

Ważniejszym wynikiem było przez różnych badaczy spostrzeżone szczególne działanie niektórych sposobów wytwarzania surowic, zwłaszcza tężcowej i błoniczej, a mianowicie niejednostajne działanie przy szczepieniach leczniczych, oraz zapobiegawczych. Surowica w małej objętości, zawierająca wielką ilość jednostek leczniczych, może nie mieć wartości zapobiegawczej i odwrotnie. Wynika stąd, że jednostka, przyjęta obecnie, nie daje dostatecznego pojęcia o istotnej wartości surowicy. Surowica o mniejszej ilości jednostek może działać bardziej bakteryobójczo i być skuteczniejszą. Należy zatem szukać innych sposobów mierzenia siły surowicy, a tymczasowo starać się o to, ażeby ona była nietylko antytoksyczną, ale i antybakteryjną, co da się osiągnąć przy zastosowaniu odpowiednich sposobów.

Podobnie rzecz się ma i z surowicą przeciwtężcową.

Debaty nad przeszczepialnością gruźlicy zwierzęcej ludziom i odwrotnie również zajęły dużo czasu. Tutaj jeszcze wyraźniej zarysowała się różnica poglądów szkoły Kocha i szkoły Pasteura.

Jak wiadomo powszechnie, Koch na Zjeździe w Londynie zaznaczył zupełną różnicę gruźlicy ludzkiej i bydlęcej. Niektórzy badacze stanęli po jego stronie. Szczególnie doświadczenia Preisza z Budapesztu zdają się popierać zdanie, że gruźlica zwierzęca (perlica) jest odmienną i nie da się przeszczepić na człowieka.

Dejong, Arloing, Gratia, Chauveaux i niżej podpisany przytoczyli jednak tak wyraźne dowody przeszczepialności gruźlicy ludzkiej na bydło rogate, że sprawa zobopólnego przenoszenia się gruźlicy zdaje się nie ulegać żadnej wątpliwości.

Zjazd uznał wobec tego, że dalsze badania są potrzebne, oraz że przepisy co do gruźlicy zwierzęcej muszą być w całości zachowane. *Prof. O. Bujwid.*

VII. Antropologia i jej stosunek do medycyny.

Skreślił

Dr. Julian Talko-Hryncewicz.

(Ciąg dalszy).

Przez czas długi w szeregu przejściowym idąc od zwierząt niższych do wyższych, przejściowy łańcuch od małpy do człowieka ulegał przerwie; lecz w tym względzie paleontologia przyszła w pomoc, dając wiele skamielin, datujących od wielu milionów lat, które wypełniły luki niezbędne dla teoryi o pochodzeniu człowieka. Największem odkryciem z rzędu skamielin są znalezione w r. 1894 przez Eugeniusza Dubois na Jawie w warstwie pliocenu szczątki sławnego małpoczłowieka (*pithecanthropus erectus*), składające się ze sklepienia czaszki, kości udowej i kilku zębów; przedstawione wkrótce potem na międzynarodowym kongresie zoologów w Lejdzie, kości te dały powód do sporów pomiędzy zoologami a anatomami. Między 12 uczonymi zdania się rozeszły: 3 z nich uznało kości za kopalne szczątki człowieka, 3 za szczątki małpy, a 6 pozostałych przyjęło je za szczątki wymarłej formy przejściowej pomiędzy człowiekiem a małpą. Dziś już większość uczonych przychyliła się do zdania, wypowiedzianego przez wielu uczonych na kongresie lejdejskim i przyjęto, że Dubois przez odkrycie małpoczłowieka (*pithecanthropus erectus*) wypełnił jedno brakujące pośrednie ogniwo, wiodące od niższych ras ludzkich do rozmaitych znanych rodzajów małp antropomorficznych i wskazał na ważne stosunki jego do wspólnej hipotetycznej formy rodowej zwierząt naczelnych. Ponieważ forma ta posiada najważniejsze cechy budowy ciała żyjącego gibbona (*hylobates*) w Azyi południowej, przeto nazwał ją Dubois „prothylobates" (pragibbon). Podobne cechy posiadają szczątki kości, znalezione w górnym miocenie Francyi, Szwajcaryi i Styryi i zwane „rodomałpa" (*pliopithecus*), która żyła w czasie osadów formacyi dalszego miocenu i jest protoplastą wielu małp starego świata, jak żyjących gibbonów, tak z drugiej strony kopalnych ludomałp, stanowiących bezpośrednie przejście do małpoczłowieka (*pithecantropus*).

U małpoczłowieka i gibbona budowa kości udowej bardzo przypomina ludzką i gibbony, przypominające małpoczłowieka (*pithecanthropus*), najwięcej mają skłonności do przyjmowania postawy pionowej. Czaszka u małpoczłowieka i gibbona przypomina najbardziej czaszkę ludzką, nie posiada bowiem kostnego grzebienia, tak charakterystycznego dla innych małp. U małpoczłowieka i gibbona pojemność czaszki wynosi od 900—1000 cent. sześć. t. j. $^{2}/_{3}$ pojemności czaszki ludzkiej, kiedy u ludomałp wynosi zaledwie 500 cent. sz.; pojemność więc czaszki i wielkość mózgu u małpoczłowieka zajmuje pośrednie miejsce między ludomałpami, a najniższemi rasami ludzkiemi. Cecha ta jest charakterystyczną dla profilu twarzy.

Z dziś żyjących ras ludzkich najbliższemi małp są małorośli Weddowie na Cejlonie i Akkonie w środkowej Afryce. Starożytne czaszki ludzkie, które w wielu miejscach znaleziono, zajmują pośrednie miejsce między małpoczłowiekiem (*pithecanthropus*), a najniższemi rasami ludzkiemi, jak w Neanderthalu, Spy, Cro-magnon i t. p. Tego samego typu czaszki zaczęto znajdować i dalej na Wschód, aż do Uralu, a nam udało się je odszukać w miejscowości jeszcze bardziej oddalonej, na dalekim Wschodzie, nad rzeką Selengą, w miejscowości zwanej „Suchym Kluczem"; dowodzi to, że rasy pierwotne zasiedlały jednakowo ziemię, jak na Wschodzie, tak i na Zachodzie. Wszyscy przyrodnicy i antropolodzy widzą w czaszkach typu neandertalskiego lub innych pierwotne rasy ludzkie, wyjąwszy Virchowa, który w nich wszystkich dopatruje zboczeń patologicznych. Czaszki typu pierwotnego przedstawiają się silnie wydłużonemi z nadzwyczajną wydatnością łuków nadbrewnych i nadnosia, z bardzo znaczną wypukłością potyliczną, z czołem nizkiem, nieraz do tego stopnia, że prawie znika, biegąc na płaskie i wydłużone ciemię; żuchwa w takich razach przedstawia się bardzo grubej i nieforemnej budowy, jak i kości czaszki, z wydającym się prognatyzmem zębowym. Pomiędzy szczątkami czaszek, znalezionych przeze mnie na Wschodzie, dwie przypominały neandertalskie, trzecia przedstawiała typ odmienny, rozwinięta nadzwyczajnie w szerokość, znacznych rozmiarów, wybitnie krótkogłowa, z wydatnemi jarzmami, o nizkiem czole, z silnie uwydatnionymi łukami nadbrewnymi i guzami ciemieniowymi, bardzo nieforemnej budowy. Wszystko przemawiało za jej wielką dawnością. Opisałem ją, jako odrębny typ człowieka Azyi Wschodniej. O starożytności kości świadczą spaczenie ich, kruchość i brak łączącej substancyi klejowej. W kościach długich znajdujemy zmiany, które rzadziej się spotykają u ras spółczesnych, mianowicie: znaczniejsza liczba przedziurawień kości ramieniowych w dołkach łokciowych, jak również wygięcie lub kolumnowa budowa kości udowej (*femur à pilastre*), spłaszczenie kości goleniowej (*platycnemia*) i t. d. Są to właściwości przyjęte dla ras starych, które spotykają się i u ras pierwotnych, obecnie żyjących.

Przechodzimy teraz do badań ludzi żywych, co stanowi dla rozróżnienia ras i pokrewieństwa ludów jeden z wa-

żniejszych celów spółczesnej antropologii. Z żalem należy się przyznać, że kiedy Ameryka, Germania i Francya pod tym względem wiele zrobiły, cały Wschód Europy, z niewielkim wyjątkiem niektórych grup ludności, zupełnie w tym względzie nie został zbadany. Poznajemy i badamy bliżej dalekie kresy wschodnie, nie zbadawszy naprzód siebie samych. Dzięki energii antropologicznego oddziału cesarskiego Towarzystwa miłośników przyrody w Moskwie wyszło kilka obszernych i wielce cennych prac antropologicznych. Krakowska Akademia Umiejętności wydała (pomimo swych szczupłych funduszów na ogłoszenia prac z dziedziny antropologii) szereg monografii, odnoszących się do Galicyi i przeważnie Zachodnich prowincyi cesarstwa, a mniej do ludności polskiej Królestwa. Dwa Towarzystwa antropologiczne petersburskie małe dają znaki życia. Od czasu do czasu tylko pojawiają się przygodne prace dysertacyjne na stopień doktora, publikowane w ostatnich latach w Petersburgu, a dawniej w Dorpacie.

Wszyscy ludzie na pierwszy rzut oka małą przedstawiają pomiędzy sobą różnicę; chyba murzyna o skórze ciemnej, lub hotentota o miedzianej, łatwo odróżnić od europejczyka; wprawne tylko oko może odnaleźć różnicę w typach mniej wydatnych. Nie będąc już nowicyuszem w badaniach antropologicznych, kiedym przed laty przybył na granicę Mongolii, posiadającej tak różnobarwną ludność, gdzie obok najprzeróżniejszej mięszaniny typów europejskich przesuwały się przed nami jak w kalejdoskopie rozmaite typy azyatyckie, nie byliśmy na razie w stanie łatwo odróżnić buriata od mongoła lub mandżura, tybetańczyka od tunguza, lub mongoła nawet od chińczyka, co zdziwiło miejscowych rosyan nietylko rozróżniających dobrze te typy, ale nawet oddzielne grupy buriatów, a niekiedy i oddzielne ich rody, do czego w końcu i my doszliśmy tylko po wieloletniej praktyce.

Badając żywych ludzi, antropolog ma za zadanie ocenić wzrost i stosunek jego do oddzielnych części kośćca, dalej barwę skóry, oczów i włosów; określić odległość od ziemi rozmaitych punktów ciała w postawie stojącej, szerokość pleców, objętość piersi i brzucha, wreszcie zbadać budowę czaszki i twarzy, co jest częścią najważniejszą i najlepiej zbadaną w antropologii. Tu należą jeszcze szczegółowe opisania oddzielnych części ciała, jak kształt nosa, ust, szczelin ocznych, uszów, brody, zębów, i t. p.

Badając rasy i plemiona ludzkie, przekonywamy się, że czyste rasy na ziemi nie istnieją i że zbiorowiska ludzkie mięszały się z sobą już za czasów najgłębszej starożytności. Pomimo tego jednak spółczesny antropolog przy istniejącej metodzie badania ma możność odróżnić typy czyste od mięszanych. Do rzędu czystych typów zalicza ludzi o wzroście wysokim, lub nizkim, krótkogłowych, lub długogłowych, typu jasnego (o skórze, oczach i włosach jasnych) i ciemnego (o skórze, oczach i włosach ciemnych). Typy, powstałe z połączeń poprzednich typów w rozmaity sposób, wytworzyły typ mięszany, jak naprzykład pomięszanie wzrostu wysokiego z nizkim wytworzyło wzrost średni, połączenie długogłowego z krótkogłowym typ pośredniogłowy, połączenia z sobą barw jasnych i ciemnych skóry, oczów i włosów typy pośrednie czyli mięszane. Wieloletnie doświadczenie poucza, że przy połączeniu się dwóch antropologicznych pierwiastków, potomstwo z nich pochodzące najprzód zatraca barwę powłok ciała, najdłużej zachowując budowę kośćca. Większość antropologów mniema, że budowa czaszki nie może w szeregu pokoleń dowolnie się zmieniać pod wpływem klimatycznym, geograficznym, lub innych warunków życiowych, przeistaczając krótkogłowych w długogłowych i odwrotnie; lecz na to potrzeba wpływu metyzacyi. Pomiędzy ludźmi, tak jak i zwierzętami, nie małego jest znaczenia dobór fizyczny i krzyżowanie ras. Pewne ich połączenie daje pokolenie zdrowe, silne i rozradzające się, inne przeciwnie: słabe, karłowate, nieliczne, a nieraz i bezpotomne. Znany jest przykład korzystnego wpływu krwi plebejuszów na stary pień arystokracyi, który odświeża soki, wydając jednostki energiczniejsze i dzielniejsze w szeregach rodowej arystokracyi; nie mniej stwierdzono korzystny wpływ na potomstwo ze związku krwi semickiej z ludami europejskimi. Krzyżowanie się rasy mongolskiej z kaukazką nie wydaje tak dobrych wyników; przeciwnie, połączenie mongołów lub tunguzów z chińczykami wyradza piękne, fizycznie zdrowe i umysłowo rozwinięte pokolenie, przewyższające zaletami każdą z osobna narodowość, od której pochodzą. W ocenie jednak fizycznych i umysłowych zalet potomstwa ras krzyżujących się grają rolę nie tylko wpływy przyrodnicze, lecz kulturalne i społeczne.

Każdy z narodów posiada sobie właściwą sposobność do rozradzania się, podobnie jak i człowiek ma w życiu swojem peryod największego rozkwitu, poczem stopniowo siły jego wespół ze zdolnościami rozrodczemi obniżają się i stopniowo obumierają. To smutne prawo natury napróżno usiłują wytłómaczyć ekonomiści przypadkowymi warunkami, jak małą ilością ślubów, lub przestrzeganiem prawa Maltusa w małżeństwach. Tymczasem pomimo nawoływania prasy krajów, dotkniętych groźbą depopulacyi, oraz pomimo środków zapobiegawczych, przedsiębranych przez ich rządy, fakt pozostaje faktem, że współczesna Francya i Węgry wymierają. Niemcy przeciwnie mają znaczny przyrost ludności, a wszystkich wrogów słowiańszczyzny zastrasza ich nadzwyczajna rozrodczość, pomijając złe warunki sanitarne i znaczną śmiertelność noworodków i dorosłych z chorób zakaźnych. Obok takiej rozrodczości istnieją narody pierwotne, które zetknąwszy się z wyższą cywilizacyą, nie mogą jej przyswoić i wymierają, jak ostiaki, giliaki, ajnosy itd. Istnieją znowu narody, które są zdolne do przyjęcia cywilizacyi, lecz pomimo nieznacznej śmiertelności nie posiadają sił życiowych dla większej rozrodczości, jak mongołowie, buriaci, tybetanie (może w części zależy to też od wyznawania lamaizmu, zalecającego celibat, w którym żyje ⅓ ludności tych narodów). (Dokończenie nastąpi).

VIII. XIII. Zjazd chirurgów polskich w Krakowie

(13—15 lipca, 1903 r.).

Zestawił

Dr. Bolesław Żmigród.

Otwierając Zjazd, wita przewodniczący, prof. Rydygier obecnych, w szczególności zaś lekarzy wojskowych, którzy, otrzymawszy pozwolenie od swojej władzy, po raz pierwszy przybyli; wita dalej gorąco dyrektorów szpitali prowincyonalnych. Przystępując do wstępnej organizacyi, Zjazd wybrał na zastępców przewodniczącego Zjazdu prof. Kadera (Kraków), prof. Kryńskiego (Warszawa), Doc. Schramma (Lwów), Dra Pomorskiego (Poznań) i Dra Muszkieta (Żółkiew): skarbnikiem prof. Trzebickyego, sekretarzem Doc. Bossowskiego. Pierwszy wykład wygłosił prof. Klecki.

1. Prof. Klecki (Kraków): **O fagocytozie.** Przebiegłszy krótko część historyczną nauki o fagocytozie, która mimo, że była już w r. 1850 spostrzeganą przez Virchowa, datuje się od Miecznikowa i jest zespoloną z jego nazwiskiem, przeszedł następnie prelegent do określenia istoty fagocytozy. Ciałka białe, makro- czy mikrofagi, odznaczają się własnością hemotaktyczną, przyczem, przy zbliżaniu się do ciała, które nań działa przyciągająco, tworzą wypustki, jak to doświadczenia wykazały. Ciałko białe zbliża się i pochłania ciało obce; pochłanianie to przychodzi w ten sposób do skutku, że ciałko białe opływa swą protoplazmą ciało obce, przyczem pochłaniane ciało obce, np. bakterya, nie musi być umarłą. Oprócz ciał stałych mogą być pochłaniane także płyny, sole w roztworach, atropina, toksyna tężcowa. Fagocytoza nie kończy się na pochłanianiu; po pochłonięciu zaczyna się działanie substancyi, zawartych w ciałkach białych, które to substancye działają na bakterye zabójczo. W dalszym ciągu poruszył prelegent kwestyę odporności sztucznej przejściowej i oporu, którego znaczenie jest bardzo ważne. Zapomocą surowicy drugiego zwierzęcia można zwierzę uodpornić; a doświadczenia, robione w tym kierunku, wykazują, że nietylko zapomocą surowicy krwi drugiego zwierzęcia, ale także moczem, solą kuchenną, wstrzykniętą do jamy brzusznej, można zwie-

rzę uodpornić do tego stopnia, że wytrzymuje pięć razy silniejszą dawkę, niż śmiertelna hodowla jakiejś bakteryi, a wytrzymałość ta trwa 4, nawet do 10 dni. W dalszym ciągu mówił prelegent o swoich doświadczeniach, mianowicie próbował sprowadzić choroby imitujące zakażenia i wstrzykiwał dla uodpornienia bulion, kał ze zwierząt. Na 29 doświadczeń w 14 nie było żadnego wyniku, a na pozostałych 15, w których utrafił dawkę graniczną, w 12 był wynik dodatni; sześć z tych zniosły dawkę śmiertelną, a sześć padło ze znacznem opóźnieniem. Prelegent wyrobił sobie przekonanie, że wzmożenie odporności wstrzyknięciem bulionu odbywa się nie przez wprowadzenie fagocytów (Miecznikow), lecz więcej przez fagolizę. Fagocytoza i fagoliza mają bardzo ważne znaczenie ochronne.

Dyskusya: Prof. Kader zaznacza, że w chirurgicznej klinice krakowskiej robiono też tego rodzaju doświadczenia, mianowicie Dr. Majewski wywoływał sztucznie zapalenie otrzewnej i starał się też sztucznie uodpornić zapomocą bulionu. Przypuszcza, że przenosząc to na człowieka, otrzymamy podobne wyniki.

Prof. Klecki oświadcza, że takie próby robiono już dawniej i na posiedzeniu Towarzystwa biologicznego w Paryżu jeden z członków zdawał sprawę z leczenia surowicą końską i złych następstw nie miał. Prelegent jednak w części historycznej uwzględnił tylko ostatnie prace, z tego powodu ominął dawniejsze, a więc i Dra Majewskiego.

2. Hordyński (Kraków): **Operacye doszczętne wolnych przepuklin pachwinowych** (referat). Już w istnieniu samej przepukliny leży wskazanie do zabiegu operacyjnego, wyjąwszy: 1) ludzi starych, schorzałych, 2) jeśli idzie o przepukliny wielkie, nie dające się od dłuższego czasu odprowadzić, lub 3) o przepukliny wielkie, istniejące od dłuższego czasu, których odprowadzenie wywołuje nadmierne napięcie ścian brzusznych, a względnie utrudnienie oddechania. Co do wskazań operacyjnych u dzieci zdania są bardzo podzielone: jedni robią operacyę zawisłą od wielkości przepukliny, niemożności odprowadzenia, a co najważniejsze — od wieku dziecka i wychodzą z tego zapatrywania, że znaczna liczba przepuklin u dzieci może być wyleczoną przez noszenie paska; drudzy zaś (Coley, Fränkel) zajmują bardzo radykalne stanowisko i sądzą, że im prędzej się operuje, tem lepiej, bo przez operacyę usuwa się raz na zawsze niebezpieczeństwo, wynikające z istnienia przepukliny, a nadto, że nie operując, traci się najlepszy czas do operacyi.

Żaden ze sposobów operacyjnych nie cieszy się uznaniem wszystkich, niema więc sposobu, któryby uważać można za zabieg prawidłowy dla przepuklin pachwinowych. Jedne metody starają się o zamknięcie kanału pachwinowego zapomocą organicznej zatyczki z worka przepuklinowego (Mac Even, Bocker, Read, Davis); Bassini przywiązuje największą wagę do dokładnego zamknięcia kanału pachwinowego, bo gdy niema otworu, wtedy niema i możebności wystąpienia nawrotu; według Kochera obecność otworu nie wystarcza do powstawania nawrotów; potrzebną jest do tego podatność otrzewnej, która pod wpływem ciśnienia śródbrzusznego wypukla się i dlatego najważniejszą rzeczą jest usunięcie worka. Prelegent jest zwolennikiem na mocy swego doświadczenia metody Bassiniego, bo zdaniem jego jest ona anatomicznie najlepiej ugruntowanym sposobem operacyjnym i każdy akt operacyi wykonywa się pod kontrolą wzroku, a nadto nie jest ona mozolną, ani niebezpieczną. Niedogodności, wynikające z metody Bassiniego, starają się różni autorowie usunąć (Phelps, Lauenstein, Weinlechner. Zarzuty, robione metodzie Kochera, są: 1) nie pracuje się pod kontrolą wzroku, 2) sposób ten może być zastosowany tylko przy powłokach brzusznych odpornych i mięsistych, a nadto 3) tworzy się w ścianach nowy otwór, usposabiający do nawrotów. Dalej omawia prelegent sposoby powstawania nawrotów i zaznacza, że autorowie podają różny czas co do uważania przepukliny za wyleczoną (Steiner 6 miesięcy, Heidenthaler dwa lata). Z nawrotów powstałych przy metodzie Bassiniego większa część jest tylko przepuklinami brzusznemi, które mogą powstać tutaj, jak po każdej laparotomii w bliźnie. Chęć zaś usunięcia właściwych nawrotów po sposobie operacyjnym Bassiniego dała powód do modyfikacyi Postempskiego, Wölflera i Franka. Wadą sposobu Bassiniego jest wielki odsetek ropienia, które prelegent odnosi do niedokładności w wykonaniu sposobu operacyjnego, a w części także do konieczności pozostawienia szwów pogłębionych; pierwsze daje się usunąć doświadczeniem, drugie aseptyką, lub zastąpieniem szwów pogłębionych szwami, dającymi się po zagojeniu rany usunąć. Do tego celu służy wiele sposobów: Duplay i Cazin, Gigli i Baroni, Feaure, Jonnes, Link, Gauthier, Minervi, Schoemaker); autor poleca gorąco sposób Linka na mocy swego doświadczenia. Liczby nawrotów różnią się znacznie u rozmaitych autorów (0·8%—33·%), tak po sposobie Bassiniego, jak Kochera. Prelegent miał u siebie w szpitalu garnizonowym 153 przypadków; z tych operował 7 razy metodą Postompskiego, 30 — Bassiniego, a 116 razy sposobem Bassiniego-Linka. Na 103 przypadków skontrolowanych powstały nawroty cztery razy (raz przy sposobie Postempskiego, dwa razy — Bassiniego, a raz Bassiniego-Linka). Odpowiadałoby to 3·88%; czas wzięty pod uwagę wynosił jeden rok. Ropienia w swych przypadkach miał prelegent 13%, a więc nieco więcej, niż liczba średnia, którą autorowie podają (4%—23·5%). Nadto są jeszcze powikłania po operacyi: 1) zanik jądra (u prelegenta stwierdzony w dwóch przypadkach); 2) zapalenie płuc, które prelegent stwierdził w 11·5% swoich operowanych, mimo, że zważano bardzo na narkozę, unikano oziębienia chorego, nie uciskano bardzo brzucha, podawano środki wykrztuśne itd. Za przyczynę tego powikłania uważa prelegent, podobnie jak Gussenbauer w przypadkach przepuklin uwięźniętych, zatory krwotoczne, które wytwarzają się w żyłach sieci, kiszek lub krezki i dostają się potem do płuc. Zejścia śmiertelnego w swych przypadkach prelegent nie miał żadnego. W końcu podaje prelegent do dyskusyi następujące pytania: 1) wskazania do operacyi doszczętnej u osesków i dzieci. 2) Któremu ze sposobów operacyjnych dać pierwszeństwo: Bassiniego, czy Kochera? Od czego zawisłem jest wystąpienie zaniku jądra? 4) Jakim sposobem uniknąć wystąpienia zapalenia płuc? (C. d. n.).

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 17 września.

* Wydział Izby lekarskiej otrzymał od p. prezydenta miasta Krakowa następujące ogłoszenie:

„W myśl reskryptu c. k. Namiestnictwa we Lwowie z dnia 24 sierpnia 1903 r. L. 111.230 zawiadamia się niniejszem P.T. PP. lekarzy, mieszkających w Krakowie, iż c. i k. komenda I Korpusu potrzebować będzie na wypadek wojny pewnej liczby lekarzy cywilnych, nie mających już obowiązku służenia w pospolitem ruszeniu, do wykonywania czynności lekarskich w stałych wojskowych zakładach sanitarnych, położonych w Krakowie lub poza Krakowem, za wynagrodzeniem miesięcznem 186 Koron, wolnem pomieszkaniem i zwrotem kosztów podróży. Magistrat wzywa niniejszem wszystkich PP. lekarzy, nieobowiązanych do służby w pospolitem ruszeniu, którzyby byli skłonni podjąć się wykonywania powyżej przytoczonych czynności, aby w najbliższych dniach zechcieli zgłosić się w godzinach urzędowych do V Wydziału Magistratu, celem podpisania odpowiedniej deklaracyi".

* „Wiener Zeitung" ogłasza skład komisyi egzaminacyjnej dla rygorozów lekarskich na rok 1903/4. Mianowani zostali w Uniwersytecie Jagiellońskim: komisarzem rządowym Dr. G. Bielański, zastępcą jego prof. Dr. Ponikło; koegzaminatorem przy II-giem rygorozum prof. Domański, zastępcą prof. Dr. Jaworski; koegzaminatorem przy III-ciem rygorozum prof, Dr. Pieniążek, zastępcą Doc. Dr. Rutkowski.

W Uniwersytecie lwowskim: komisarzem rządowym Radca Dworu Dr. Merunowicz, zastępcą Dr. Barzycki; koegzaminatorem przy II-giem rygorozum: prof. Dr. Bądzyński, zastępcą Dr. Merczyński; koegzaminatorem przy III-ciem: prof. Dr. Łukasiewicz, zastępcą Doc. Dr. Schramm.

* Posiedzenie Wydziału Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej odbędzie się d. 22 września.

* W końcu m. listopada b. r. zacznie wychodzić międzynarodowy organ, poświęcony badaniu krwi, p. t. *Folia haematologica.* W liczbie współredaktorów, z polaków, wezmą udział: Prof. Browicz, Doc. Gabryczewski (Moskwa) i Dr. Dunin. Sprawozdań z polskiego piśmiennictwa podjęli się Dr. Biernacki i Dr. Klein.

* Na posiedzeniu ogólnego związku Akademii Umiejętności, które odbyło się przed 2 laty w Paryżu, powstała myśl wybrania specyalnej Komisyi, której polecono wypracowanie jednolitego planu badania mózgu, do czego zostałyby powołane instytucye całego świata, do zadań których wchodzi tego rodzaju badanie. Do Komisyi uchwalono powołać oprócz członków Akademii i innych znanych badaczów mózgu, nie należących do składu Akademii. Komisya odbyła posiedzenie 5 czerwca b. r. w Londynie i wypracowała plan międzynarodowej organizacyi badaczów mózgu. Zgodnie z tym planem każda Akademia ma postarać się o założenie w swoim kraju instytutu do badania mózgu i o wyjednanie u rządu funduszu na ten cel. Instytuty te mają prowadzić swoje poszukiwania w kierunku anatomicznym, porównawczo-anatomicznym, histologicznym, embryologicznym, psychologicznym, fizyo-

logicznym, patologiczno-anat micznym, patologiczno-doświadczalnym, teratologicznym i klinicznym. Krajowe instytuty mają corocznie przesyłać swe wypracowania Komisyi centralnej, która te prace ugrupuje i porozsyła Akademiom do ogłoszenia drukiem w dowolnym języku. Komisya może połączyć wspólnym planem badania kilka instytutów: pożądanym i niezbędnym warunkiem do ścisłych badań jest ujednostajniona terminologia, waga i miara.

* Na wystawie mleczarstwa w Hamburgu zwrócił na siebie szczególną uwagę galalit, przetwór, pochodzący z połączenia sernika z solami wapniowemi, z małym dodatkiem formaliny. Wytwór ten służy do wyrobu tych wszystkich przedmiotów, do których do tej pory używano celuloidu. Wyższość galalitu polega na tem, że nie wybucha i nie wbiera wody; prawdopodobnie znajdzie on zastosowanie w fabrykacyi niektórych części narzędzi chirurgicznych.

* Dzienniki rosyjskie donoszą, że na kolejach Królestwa Polskiego wkrótce zaprowadzony będzie wagon lekarski. Wagon ten ma zawierać następujące oddziały: 1) pokój dla ambulatoryum, 2) łazienka, 3) sala operacyjna, 4) izba felczera i apteka, 5) izba lekarza, 6) izba posługaczy, 7) wychodek, 8) ogrzewalnia. Wagon posiadać będzie urządzenia dla rozprowadzenia wody zimnej i wrzącej; ma się oświetlać acetylenem; ściany i podłogi wysłane zostaną linoleum, a posadzka w sali operacyjnej będzie z terakoty.

Na podstawie doświadczenia, że podczas długich podróży na kolejach rosyjskich wydarzają się od czasu do czasu u podróżujących kobiet porody, zjazd lekarzy kolejowych doszedł do przekonania, że na niektórych liniach kolejowych należy urządzić przytułki położnicze, mianowicie w tych miejscowościach, gdzie nie istnieją żadne zakłady dla rodzących.

* Między 23 a 31 sierpnia doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: jarosławskim (1 gm.), kamioneckim (1 gm.), podhajeckim (1 gm.), przeworskim (1 gm.), trembowelskim (2 gm.), zaleszczyckim (1 gm.), złoczowskim (1 gm.).

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień (XXXIV) (23—29—VIII). Ludność średnia roczna wynosi 95.925 W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 15, urodziło się dzieci 65, zmarło osób 44, mianowicie: z gruźlicy 13 (3 zam.), z zapalenia płuc 3, z płonicy 2, (1 zam.), z duru brzusznego 1, (zam.), z cholery niemowląt 5.

Mianowania i odznaczenia. Dr. Parez mian. został profesorem sądowej medycyny w Madrycie.

Nekrologia. D. 9 b. m. zakończył życie w Tarnowie Dr. Henryk Kowalski, b. dyrektor szpitala tamtejszego, docent higieny w seminaryum żeńskiem, lekarz wzięty i ceniony. Oddany z zapałem szczerym pracy zawodowej, całe życie szedł z rozwojem nauki i niewypuszczał pióra z ręki: dzięki zamiłowaniu do postępu wiedzy i piśmiennictwa pozostało po zmarłym 16 prac, z których ostatnia: „O budowie i pielęgnowaniu ciała ludzkiego podczas zdrowia i choroby“ stanowi poważne i pożyteczne dzieło, bardzo pochlebnie podniesione przez krytykę zawodową. Żył lat 60. Cześć jego pamięci.

Dr. Marceli Lewiński, inspektor Rady lekarskiej, zmarł w Warszawie.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 36. Pruszyński: Powstawanie i przebieg spraw zapalnych dróg żółciowych, oraz wskazania do zabiegów chirurgicznych. Wasserthal: Przyczynek do kazuistyki i fizyologii cystonuryi (dok.). Sterling: Syfilis nerek (dok.).

— *Postęp okulistyczny* (sierpień). Bol Wicherkiewicz: Pyoktanina w połączeniu z dioniną przeciw ropnym sprawom gałki, zwłaszcza rogówki. Rumszewicz: O utworach szklisty h w komorze przedniej oka.

— *Medycyna* Nr. 36. Dehnel: Z kazuistyki sądowo-lekarskiej. Tumpowski: Przypadek pląsawicy przewlekłej dziedzicznej.

— *Głos lekarzy* N. 5. Zawiera: Przed Sejmem. — Przesłuchiwanie lekarzy w roli świadków — Kursy wakacyjne. — Próby organizacyjne lekarzy polaków w zaborze pruskim. — Ustawy i rozporządzenia sanitarne. — Z niwy dziennikarskiej — W ważnej sprawie. — Przestroga dla młodzieży. — Korespondencye. — Kronika.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 36. Schwarz: O účincích orthopedických korsetů při skoliose. (dok). Feigl: K assanaci prostituce (dok). Bouček: Strictura ilei traumatica. Operace. Zhojeni. Helbich: Připad empyemu dutin čelních.

— *La Presse médicale* Nr. 70. Pierre: Szemat opuszki rdzeniowej. Mignon: Złamanie podstawy mózgowej.

Nr. 71. Lyon: Białkomocze uleczalne — Białkomocze czynnościowe. Loeper: Tworzenie się limfy.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 36. Noorden: Leczenie ciężkiej cukrzycy owsem. Turró: Pochodzenie i właściwości aleksyny. Kalischer: Zaburzenia chodu w tężyczce. Ehrlich: Skład jadu toksyny błoniczej (c. d.). Hannersberg i Stelzner: O psychicznem i cielesnem zachowaniu się dwojaków krzyżozrosłych Róży i Józefiny (»siostry czeskie«) (dok).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 37. Kiss: Osmotyczne ciśnienie, a ustrój Noetzel: Doświadczalne badania dotyczące wydalania prątków z ciała.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 36. Lüthje: Czy rozpad cukru po wyłuszczeniu trzustki zupełnie ustaje? Hallauer: Wpływ stężenia moczu na wynik odczynu na białko. Dansauer: Przyczynek do nauki o zgorzeli gazowej. Lommel: Dwa przypadki przewlekłej choroby skóry w kształcie pasów. Steinert: Dwa przypadki choroby mózgowej z umiejscowieniem w moście. Bendix: Przypadek pentosuryi. Curtius: Uwagi nad rozpoznaniem i leczeniem błonicy. Cossmann: Zatrucie acetonem po założeniu opaski celuloidowo-mulowej Sorger: Powstawanie gruźlicy z jelit. Schwartz: Stosowanie kołaczyków purgenu, jako środka czyszczącego u osesków i dorosłych. Schwalbe: Uwagi nad artykułem Arenheima: »Czy plamy Koplika są pewnym wczesnym objawem odry«? Ascher: Zwalczanie śmiertelności osesków ze stanowiska społeczno-higienicznego.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 37. Neufeld: Uodpornianie przeciw gruźlicy. Kron: W sprawie urazowego późnego udaru mózgowego. Neisser: O wędrującem zapaleniu żył. Edel: Zależność białkomoczu okresowego od krążenia (dok.) Stein: Stosowanie twardej lub płynnej parafiny do wstrzykiwań podskórnych (dok.).

Redakcya otrzymała. Dr. Stan. Łagowski: Jędrzeja Śniadeckiego traktat »O gorączce« w świetle pojęć dzisiejszych. Heiman: De la paracenthèse du tympan dans les otites moyennes aigues. Beck: (New York) 1) Ueber ächte Cysten der langen Röhrenknochen. 2) Ueber die Schwierigkeit, das Verhältniss der anatomischen Veränderungen zu den klin. Erscheinungen bei der Entzündung des Wurmfortsatzes zu würdigen, und uber die Operationstechnik.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.